

## – Ikke legg ned sprøyterommet

NSFs Svein Roald Olsen mener det vil være dumt å avvikle sprøyterommet nå. Hos Frelsesarméens Marit Myklebust møter han motstand. For bør en sykepleier hjelpe en narkoman å sprøyte gift inn i årene?

Side 34-35

**En av fem pasienter drikker for mye** Side 6

**Kan ikke lenger be om penger** Side 9

**Få fødsler truer sikkerheten** Side 20

**Flere korttidsplasser gir økt sirkulasjon** Side 37

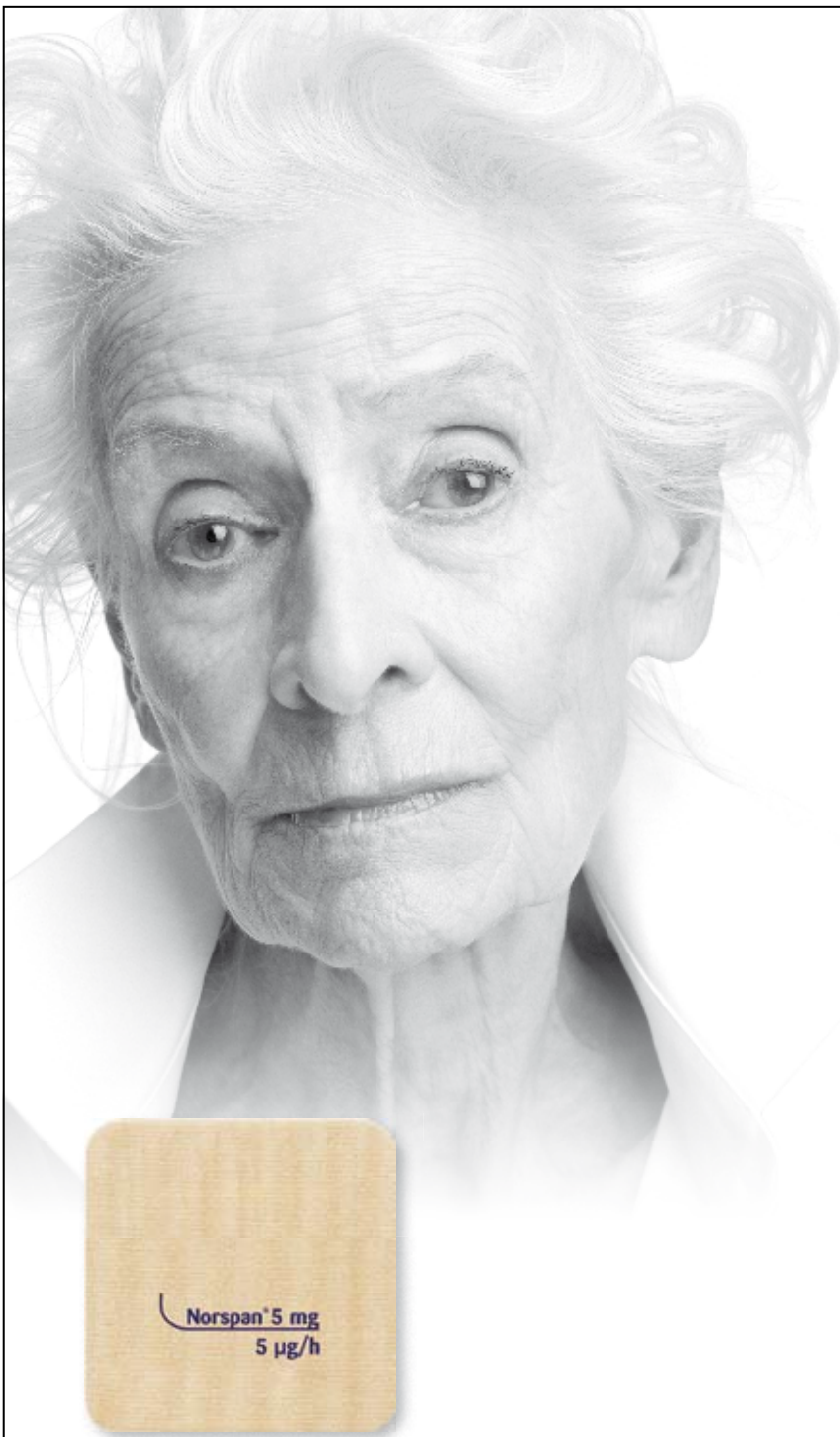
06



09



20



1-2 tabletter  
hver sjetten time ...



... det blir inntil  
56 tabletter i uken!



## ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7 DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t

**Norspan®**  
Buprenorfin  
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.

Se godkjent preparatomtale side 75



Mundipharma AS  
Vollsveien 13 C  
1366 Lysaker  
Telefon: 67 51 89 00  
Telefaks: 67 51 89 01  
www.mundipharma.no



# Det kan koste å bli syk

Med Kritisk Sykdom fra Gjensidige  
får du penger med en gang.

Blir du alvorlig syk må du kunne ta tiden til hjelp for å bli frisk. Du må ha råd til å være borte fra jobben, kunne betale regninger og kanskje reise vekk. Livet kan ta uante vendinger og da er det godt å ha økonomisk frihet i bunn.

Ring oss på **03100** for å snakke med en av våre rådgivere eller les mer på [gjensidige.no](http://gjensidige.no).

## Barth Tholens om Sykepleien

**Stilling:** Redaktør i Sykepleien

**E-post:** barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no

### Mellom Pravda og svada

I bladet som du holder i nå, er ikke alle sykepleiere superhelter. Det gleder noen og forarger andre. Men Sykepleiens troverdighet er avhengig av kritisk distanse.

Sykepleie er et allsidig yrke. Derfor renner dette bladets spalter over av stoff om det som skjer i sykepleiernes univers. Det handler om faglige utfordringer og yrkesstolthet, om helsetjenestene, utvikling, fordypning, økonomi og ambisjoner. Ikke minst hjelper bladet sykepleiere til å holde seg faglig oppdatert.

Sykepleien er både innadventd og utadventd. Bladet skal sette sykepleiernes interesser på den politiske agendaen. Her trenges først og fremst troverdighet.

Innad skal bladet styrke medlemmene og gi dem oversikt. Å styrke betyr likevel ikke at Sykepleien skal gi leserne et glansbilde av virkeligheten. Bladet skal gjenspeile hva sykepleiere faktisk kan og gjør. Bladet skal ikke være en ukritisk reklameplakat.

At Sykepleien er NSF's eget blad og **samtidig** skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk, utløser fra tid til annen en viss forventningsbrist. Den kritiske delen av Sykepleiens vedtektsfestede oppgave er nemlig lett å akseptere når oppmerksomheten rettes mot andre enn sykepleiere. Det er mer akseptert at vi er kritiske til for eksempel en politiker – aller helst helseministeren – enn å kritisere noen i egen stand. Eller egen organisasjon.

Noen vil også mene at konfliktstoff, svakheter ved yrkesutøvelsen eller uenighet sykepleiere imellom, er dårlig eller uønsket lesestoff i medlemmenes blad. De vil heller ha det positive, som en liten porsjon ekstra vitaminer hver gang Sykepleien ramler ned i postkassa.

Leserundersøkelser viser entydig at de fleste er godt fornøyd med Sykepleien. Ikke minst bruker sykepleiere mye tid på å pløye seg gjennom bladet – i gjennomsnitt en hel time! Det tar vi som et tegn på at vi presenterer stoff som engasjerer og interesserer.

Likevel er vi også glad for kritiske tilbakemeldinger. Sykepleien setter sin ære i å trykke alle kritiske reaksjoner, både når det gjelder enkeltartikler og bladets linje. Som blad må vi leve med at noen har sterke meninger om dette. Kritikk gjør at vi skjerper oss. Det stimulerer oss også til å ta de viktige presseetiske diskusjoner før vi setter noe på trykk.

Journalistikk krever også ydmykhet i forhold til hvordan leserne oppfatter ting. Det betyr likevel ikke at vi skal overlate det til våre kilder å bestemme hvordan de skal framstilles i bladet, selv om noen helst skulle ønske seg det. Det ville riktignok gitt fornøyde kilder, men et i lengde uleselig, kjedelig og lite troverdig produkt. Våre journalister har spesiell kompetanse på å formidle vanskelig stoff på en lettfattelig og engasjerende måte. Men kildene og leserne skal kunne forlange at det som står i bladet er korrekt.

Språk er makt. Denne makten gir redaksjonen og meg som redaktør et særskilt ansvar. En artikkel kan være strålende, men bommer tittelen kan hele saken være «ødelagt». Ikke sjelden kan kun ett eneste ord velte lasset for den det angår. Da kan både kilden og leserne bli forarget. Å alltid «treffe» riktig er en utfordring for et tidsskrift med Sykepleiens store produksjon. Det som blir ålreit for noen lesere, kan utløse ramaskrik hos andre.

Foto er også makt. Vi som kjenner til folks leservaner, går gjerne for bilder som forteller en historie. Men sykepleieren som blir intervjuet, kan tvert om ha et brennende ønske om ikke å få sin dobbelthake eksponert. Eller framstå med et smykke som ikke skulle vært der. Da kan det lett oppstå en vanskelig diskusjon om hva som er



viktigst: Virkeligheten slik den er, slik den skulle ha vært eller slik andre enn en selv oppfatter det.

Journalister kan på mange måter sammenlignes med sykepleiere: Vi må utøve vårt virke i krysninngen mellom faglig kompetanse, erfaring og klokskap. Her vil det alltid være rom for skjønn, for sannheten kan ha mange forskjellige ansikter. Jo mer vi vet om sykepleiernes gjøren og laden, desto bedre jobb vil vi gjøre. Det krever et godt forhold til våre kilder og at kildene har tillit til oss.

Å lage et godt blad for sykepleiere som alle vil «digge», er likevel i praksis ikke mulig. Det spørres også om det er ønskelig. Vi må derfor leve med at det finnes misfornøyde lesere eller lesere som er uenige i de vurderingene vi gjør. Dette kan i sannhet være nokså uforutsigelig: Artikler som vi i utgangspunktet forventer vil vekke debatt, kan gå helt upåaktet hen. Mens andre artikler plutselig kan vekke sterke følelser. Omtalen av Klara Lies fortjenestmedalje og nyheten om mobilbruk på jobben er eksempler på det siste. Les «Meninger» på side 89.

Da gjelder det å ikke gå i skyttergraven. Det er fullt mulig å ha sterke synspunkter om mangt – også om oss. Vi lærer av slikt og ønsker kritikken velkommen. Vi ønsker flest mulig engasjerte lesere på banen og godt fylte debattsider. Det er først da sykepleiere får et pulserende og bærekraftig fagblad.

*Barth Tholens*



Forsidefoto: Marit Fonn

**Sykepleien**

Organ for Norsk Sykepleierforbund  
Tollbugata 22, 5. etg.  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf.: 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75  
ISSN 0806 - 7511

**Ansvarlig redaktør**

Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

**Markedssjef**

Ingunn Roald  
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
ingunn.roald@sykepleien.no

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

**Repro og trykk**

Stibo Graphic AS

**Sykepleiens formålparagraf:**

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleierne sine interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

- 6 – En av fem pasienter drikker for mye
- 9 **Vi bare spør:** Kari Henriksen
- 10 Folk
- 13 Enige om sentrale lønnstillegg
- 14 Ny runde med God vakt!
- 16 Praksispiloter i Afrika
- 18 Narkose som tvangsmiddel
- 20 Få fødsler truer sikkerheten
- 23 9 av 10 mot mobil på operasjonsstua
- 24 **Dokumentar:** Danser sin hverdag
- 28 NSF: – Senk særaldersgrensen!
- 30 **Tett på:** Jan Bøhler
- 34 Hør her: Fritt fram for stoff?
- 37 Flere korttidsplasser gir økt sirkulasjon
- 43 Ny veileder snart klar
- 43 1 av 3 vil bistå i livsavsluttende behandling
- 44 Nei til lovfestet lav velstand
- 46 Suksesserte – årets sykepleiere
- 48 **Bøker:**
  - Forfatterintervju: Knut E. Lauritzen
  - Anmeldelser
  - Månedens bok
  - Bokomtaler
  - 9 spørsmål til May-Brith Ohman Nielsen
- 56 Oftest tvang mot høygravide
- 56 Sveitsere gransker NSF
- 58 På veggen
- 60 Etterlyst: Smarte hoder
- 60 Slik søker du til Smartprisen
- 62 **Tema:** Evidensdebatten
  - Er dette evident nok?
  - – Evidensialismen
    - en totalitær ideologi
  - Frykter gammeldags praksis
    - – Ja til jordbæråker
- 75 Fagnotiser
- 80 Øyeblikket: Ren revisjon
- 82 Dilemma: Ingen skal dø alene
- 84 Dilemmasvar
- 85 **Refleks:** Trude Aarnes
- 86 Siden sist
- 89 Meninger
- 90 Quiz
- 91 Før

**Fag i utvikling:**

- 37 Flere korttidsplasser gir økt sirkulasjon
- 68 Operasjon ga bedre liv
- 72 Bedre omsorg mot slutten
- 76 Økt samarbeid og etisk refleksjon

- 94 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 111 Meldinger, skoler og kurs

**120 NSF:**

- Hovedtariffoppgjøret i helseforetakene
- Streikefare fra 23. mai
- Færre vil bli sykepleier

- 122 **Lisbeth Normann** om sommeren

**Tema: Evidens det eneste rette?**

På en konferanse i april kom kritikerne av evidensbølgen til orde. Ensidig hyllest til evidensbasert praksis kan overskygge den faglige erfaringen, frykter de.

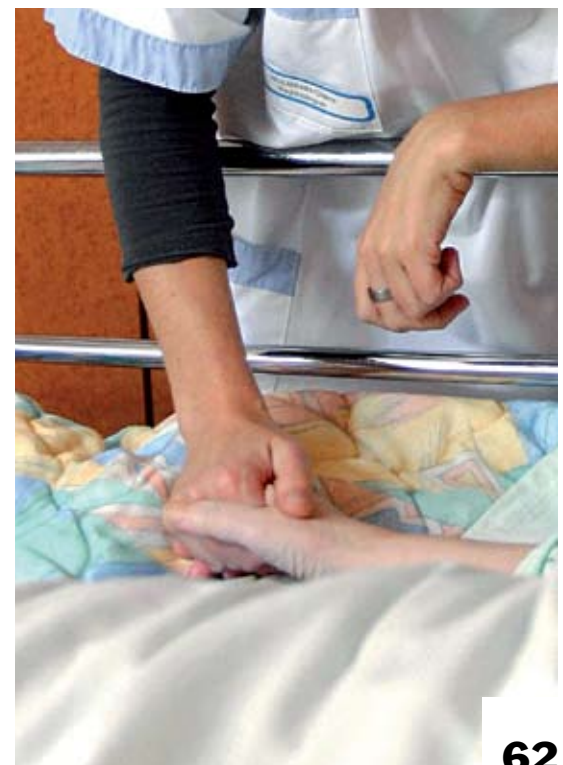


Foto: Colourbox

# Helse Bergen: – En av fem pasienter driker for mye

Leger og sykepleiere klarer ikke å fange opp pasienter med for høyt alkoholforbruk. Rusmedisinsk team i Helse Bergen jobber med å bedre situasjonen.



## Alkoholbruk



En alkoholenhet tilsvarer en liten flaske pils, et glass vin eller en drink. Forbruk over 21 enheter for menn og 14 for kvinner i uken regnes som høyrisiko. Prosjektet i Helse Bergen ønsker å fange opp pasienter med et risikofyllt forbruk, som tilsvarer 14 enheter for menn og 10 for kvinner i uken.

### Hensikt:

- Øke helsepersonellens kunnskap om sammenhengen mellom sykdommer og alkoholinntak.
- Fange opp pasienter som er i en risikosituasjon allerede ved ankomst ved hjelp av spørreskjemaet AUDIT-C. Dette er en kortversjon av AUDIT utviklet av WHO.
- Tilby hjelp og veiledning til pasienter ved de ulike avdelingene.
- Etablere en egen livsstilspoliklinikk hvor pasienter kan få rådgivning av eksperter.

Jan Tore Daltveit jobber som fagutviklingssykepleier ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. Siden i fjor høst har han vært med på å lage et rammeverk for hvordan helsepersonell kan jobbe for å kartlegge og hjelpe pasienter som har et risikofyllt forbruk av alkohol.

– Det er over 60 ulike sykdommer som er direkte koblet til alkoholbruk. Blant annet øker faren for høyt blodtrykk, brystkreft og ulike infeksjonssykdommer. Derfor ønsker vi å fange opp de som har et forbruk over det normale slik at de kan få veiledning og hjelp, forteller han.

### Risikofyllt forbruk

Helse-bergen.no skriver at 20 prosent av alle som legges inn på somatiske sykehus har et risikofyllt alkoholforbruk.

Leder for rusmedisinsk team i Helse Bergen, Svein Skjøtskift, sier at sykehusene i svært liten grad klarer å fange opp pasienter som er i risikozonen.

– Undersøkelser viser at pasienter svært sjelden blir spurt om alkoholbruk og får derfor ikke informasjon eller råd. Helsepersonell skygger

i mange tilfeller unna, noen på grunn av manglende kunnskap om sammenhengen mellom sykdom og rusmiddelbruk, andre kvier seg for å spørre på grunn av redsel for at pasientene skal føle seg krenket, sier han.

### Livsstil

Daltveit mener de største barrierene ligger hos helsepersonellet. For å gi de ansatte mer kunnskap om temaet planlegger rusmedisinsk team nå et e-læringsprogram. Dette vil blant annet fungere som en veileder for hvordan man skal ta dette temaet opp med pasientene.

– Pasientene er stort sett positive til å bli spurt om alkoholvaner. Mange er ikke klar over at alkoholforbruket kan være en viktig årsak til deres plager, forteller han.

– En måte å nærme seg pasientene på er å koble alkoholbruk med andre livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet og røyking. På den måten blir det lettere både for de ansatte å spørre, og for pasientene å se sammenhengen.

Målet er å fange opp pasienter i risikozonen allerede på akuttmot-takene eller poliklinikkene. Ved

hjelp av et spørreskjema som er utviklet av World Health Organization (WHO), skal man kartlegge hvor mye, og hvor ofte, pasientene drikker. Deretter skal helsepersonell gi tilbakemeldinger og råd om sammenhengen mellom alkohol og pasientens helsetilstand.

– Etter hvert ønsker vi å etablere en poliklinikk med livsstilsrådgivere. Her vil det være rådgivere som skal

veilede pasienter som har behov for å endre sine drikkevaner. Rådgiverne skal også kunne bistå med videre henvisning til rusbehandling, eller kortvarig oppfølging etter utskrivelse, forklarer Daltveit.

#### **Inspirasjon**

Teamet som jobber med å utvikle prosjektet har dratt lærdom fra utlandet.

– En viktig inspirasjonskilde har vært Bispebjerg Hospital i København. De har

hatt gode erfaringer med liknende prosjekter, sier Daltveit.

Nå ønsker teamet å arbeide innenfor rammene av nettverket til Norske Helsefremmende Sykehus (NHFS), slik at det forhåpentligvis kan bli et nasjonalt prosjekt på sikt.

#### **– Godt forslag**

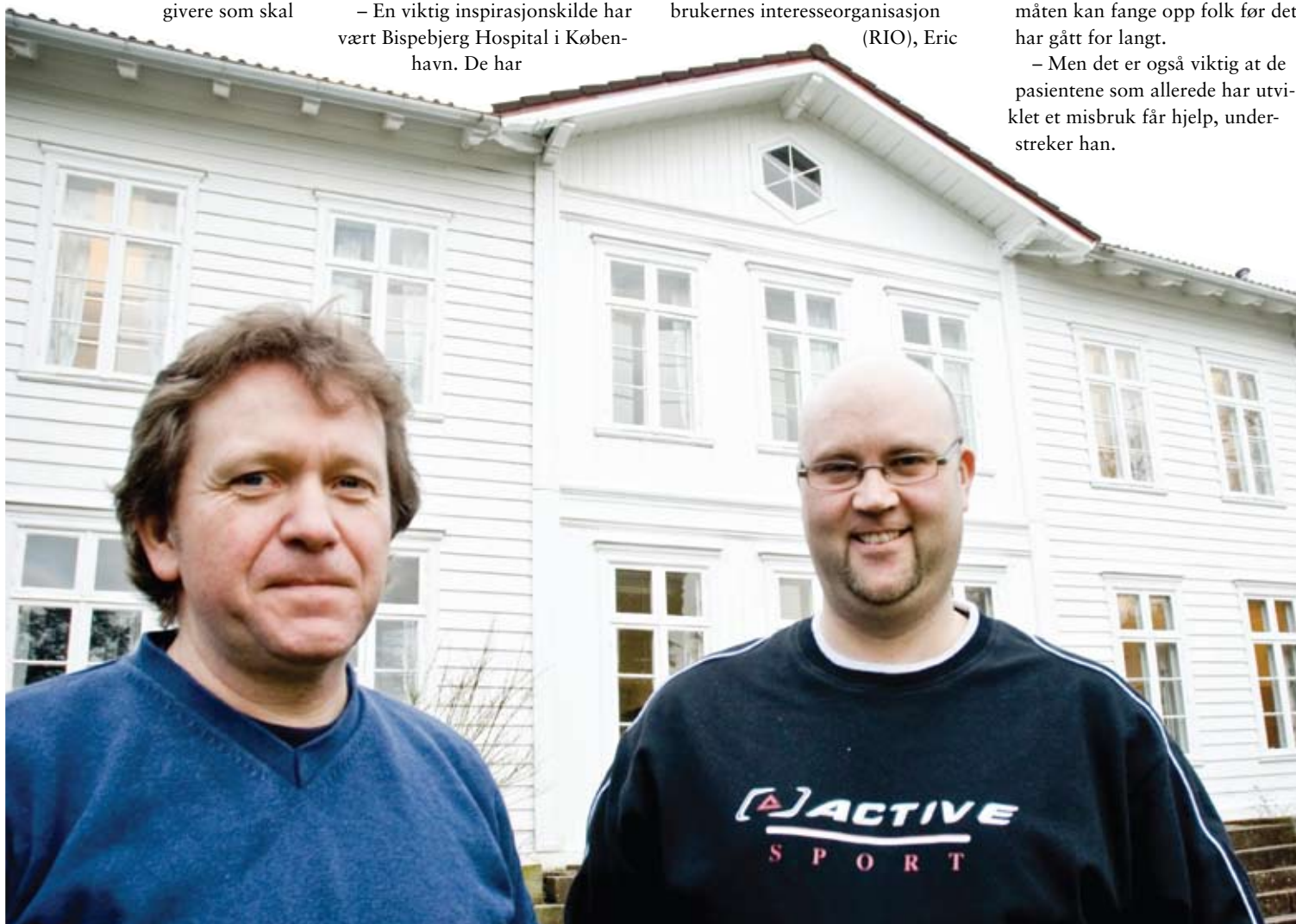
Informasjonsmedarbeider i rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Eric

Johansen, mener arbeidet om å kartlegge pasientenes alkoholforbruk er viktig.

– Dette er et tiltak vi i RIO har jobbet for i mange år. Når man allerede er innlagt på et sykehus, er man mer motivert for å ta imot veiledning, mener han.

Johansen mener sykehusene er en viktig arena i rusforebyggende arbeid, særlig fordi man på denne måten kan fange opp folk før det har gått for langt.

– Men det er også viktig at de pasientene som allerede har utviklet et misbruk får hjelp, understreker han.



Leder for Rusmedisinsk team i Helse Bergen, Svein Skjøtskift (t.v) og fagutviklingssykepleier Jan Tore Daltveit.

Foto Helse Bergen.

# *Twinrix*<sup>®</sup>

Verdens første hepatitt A- og B-vaksine

**– gir dobbel beskyttelse**



**Vurder vaksiner som gir langvaring effekt i et fremtidig reiseperspektiv. Neste reise er bare den første fremtidige reise.**

Se godkjent preparatomtale side 79

**gsk** GlaxoSmithKline



# Kari Henriksen

**Alder:** 53 år

**Aktuell som:** Psykiatrisk sykepleier og statssekretær (Ap) i Helsedepartementet, med særlig ansvar for rus, psykiatri og helserett.

## BAKGRUNN:

Kari Henriksen har lang erfaring fra rusomsorgen, ikke minst som styrer og fagutvikler på A-klinikken i Vest-Agder. I desember byttet hun hatt, og nå må hun forsvare regjeringens ruspolitikk.

### Howdan er overgangen fra klinikken til maktens korridorer?

– Stor. Å sette i verk politikk er en helt annen måte å jobbe på enn å drive klinikk.

### Den største forskjellen?

– Jeg må rette oppmerksomheten mot et mye større område.

### Howdan kommer du i skvis?

– Ute mente jeg mangt og mye og sto fritt til å peke på ting. Nå må jeg forholde meg til det som er bestemt. Noe av det jeg sa før kan jeg ikke si nå.

### For eksempel?

– Jeg kunne ofte be om mer penger. Nå må jeg forholde meg til statsbudsjettet. Jeg kan ikke skubbe det oppover.

### Frustrerende?

– Nei, slik er rammene. Og det er flott å se at ulike foretak løser utfordringer uten ekstra ressurser.

### Har du måttet flytte din lojalitet?

– Nei, jeg har alltid ønsket å få til et godt behandlingsapparat. Det perspektivet er i bønn. Og jeg har alltid vært opptatt av organisering og forvaltning. Uten kunnskap om lover, kan man ikke gi god nok behandling.

### How trykker skoen mest i rusomsorgen?

– Det mangler kompetanse, spesielt leger. Og samhandlingen er for dårlig mellom kommuner, helseforetak, private organisasjoner – og ikke minst pårørende.

### Blir rusmisbrukernes rettigheter oppfylt?

– Ikke alles.

### Hva kan du gjøre med det?

– Skolere ansatte og brukere. Instruere – der vi kan instruere – ansatte i helseforetakene til bedre samarbeid.

### How er sykepleiernes plass i rusomsorgen?

– Sykepleierne er jo opplært til å tenke på åndelige, psykiske, fysiske og sosiale behov. Rusavhengige har store problemer på alle disse områdene, så sykepleierne har et godt grunnlag for å jobbe med dem.

### Sykepleierne er ønsket i rusfeltet, men få vil jobbe der. Hva gjør man da?

Det gjelder ikke bare sykepleiere. Dette er et ungt fagfelt. Med mer forskning og fagutvikling regner jeg med at sykepleierne etter hvert vil tiltrekkes.

### Ja eller nei til sprøyterom?

– Jeg ser både fordeler og ulemper. En veldig vanskelig sak, men jeg kan ikke si annet enn at vi har den til behandling.

### Hva er ditt hjertebar i rusaken?

– At rusavhengige alltid er mer enn rusavhengige. I rusbehandlingen ser vi i for liten grad personligheten og relasjonene til pårørende, spesielt barna.

### Andre hjertesaker?

– Rus- og psykiatritjenesten må jobbe mer med antidiskriminering i egne rekker. Personer med rus- og

psykiske lidelser blir utestengt fra arbeidslivet, også i offentlig sektor. Feltet ville hatt godt av å bli vurdert av folk utenfor.

### Av hvem da?

– Sosialantropologer. Filosofer. Andre enn fagfolk eller pårørende.

tekst **Marit Fonn**

foto **Helse- og omsorgsdepartementet**



## Suksessen fortsetter

Da var nok en serie fra et norsk sykehus over for denne gang. TV3-serien Sykehuset fra livet på Ahus har gått fire dager i uka i ti uker, totalt 40 episoder. 1. mai var siste episode, men fortvil ikke. Det kommer nok en sesong til høsten. Selve serien er skodd rundt lesten til en svensk serie fra Uppsala sykehus. Den er laget på rekordtid. Filmingen startet i januar og ble ferdig i april. Og seertallene har

vært over all forventning – 103 000 seere i gjennomsnitt per episode.

– Det er det beste daglige programmet vi noensinne har hatt, sier informasjonskonsulent i TV3 Line Vee Hanum.

– Responsen fra seerne har vært helt fabelaktig. De synes det er interessant å se sykehuset fra en annen side enn bare snakk om nedskjæringer, om at det er mennesker som jobber der og at det finnes pasienthistorier som går bra, sier Hanum.



## Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Det forrige Nasjonale rådet for fødselsomsorg oppløste seg selv i protest. Sylvia Brustad har opprettet et nytt. Her er de menn og kvinner som skal være faglige rådgivere for henne de neste to årene:

Professor Tore Henriksen, Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF (leder)  
Gynekolog Christian Bjelke, Helse Nordmøre og Romsdal HF  
Allmennlege Hilde Beate Gudim, Skui legekontor  
Barnelege Dag Moster, Helse Bergen HF  
Ingeborg Altern Vedal, Liv laga, Oslo  
Hanne Julie Nygård Berg, Ung Sanitet, Brønnøysund  
Alka Kaur Chawla, Oslo  
Jordmor Ellen Blix, Helse Finnmark HF  
Jordmor Lena Henriksen, Ullevål universitetssykehus HF  
Rådmann Erik Hillesund, Mandal kommune  
Jordmor Sigrid Torblå, St. Olavs Hospital HF  
Helsesøster Astrid Grydeland Ersvik, Kristiansund



ILDSJELER I NORD: Magne Olsen, Elisabeth Sausjord, Sylvin Thomassen og Ellen-Marie Beck.

Foto: Privat

## 30 år solidaritet i tekst og bilder

Siden 1978 har rundt 90 solidaritetsarbeidere reist fra Tromsø til Palestina, Libanon og Kairo for Palestinakomiteen. Det har det blitt utstilling av. Bilder og tekst er samlet inn av fire sykepleiere: Magne Olsen, Elisabeth Sausjord, Sylvin Thomassen og Solveig Vorren. I tillegg har de fått hjelp av formgiver Ellen-Marie Beck.

– Det har vært kjempegøy og inspirerende å jobbe med, sier Elisabeth Sausjord.

Responsen har vært god.

– Utstillingen fungerte slik vi håpet på; folk forstår bedre palestinerne liv etter å ha sett den, sier hun.

## Hardtslående sykepleier

Sykepleier Pernille Lysaker (38) er leder for tre sykehjem og 230 ansatte. Hun tar ingeniørutdanning som privatist, er alenemor til fire og en av landets beste kickboksere, med en andreplass i semikontakt i 2007.

Dette er en sykepleier du ikke piller på nesen ustraffet. Hvordan får hun tid til alt?

– Det er bare å strukturere, det, svarer hun lett.

Med fire barn som også er aktive, innrømmer hun at tempo er høyt hjemme i Rogalandsgata i Hauge-sund.

– Kickboksingen er det eneste som bare er «min» tid, så det prioriterer jeg høyt, sier hun.

Lysaker er nylig blitt enhetsleder for tre sykehjem, og trives med det.

– Det er utfordrende, og jeg må mene mye om mangt. Personal og administrasjon er «min» greie, sier hun.

## Vi siterer **Catrine Aschim**

– Som sykepleier er jeg vant til å gi folk både glade og triste meldinger, så jeg vil satse på å snakke med så mange som mulig. I tillegg er jeg veldig utholdende når det gjelder å gå lenge uten å spise mye.

Glamour-sykepleier Cathrine Aschim avslører til SeHer.no hvordan hennes sykepleiererfaring kan hjelpe henne å vinne årets «Robinson».

Effektiv?



Skånsom?



## Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: [www.lilleborgprofesjonell.no](http://www.lilleborgprofesjonell.no)



Alle tre er godkjente av  
Norges astma -og allergiforbund.



# Dixin

- effektiv omsorg for hendene



# GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbert

## Vaksinen som beskytter mot 4 papillomavirustyper og som skal forebygge livmorhalskreft\*\*



**Dokumentert effekt mot HPV  
6, 11, 16 eller 18-relaterte  
genitale sykdommer**

**Gardasil® skal forebygge:**

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

artell.no // 7201 09-2007-NO-046-01

## For bred beskyttelse\* og tidlig nytte\*\*

\*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

\*\*Norsk SPC



sanofi pasteur MSD

vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21

info@spmsd.com

Se godkjent preparatomtale side 79

# Enige om sentrale lønnstillegg

Inntil 25 000 kroners økning i minstelønnsnivåene og økt uttelling for kvelds- og nattarbeid. Det ble resultatet i de sentrale forhandlingene mellom **Spekter Helse** og **NSF**.



Forbundsleder Lisbeth Normann i NSF har forventninger til at de lokale forhandlingene i helseforetakene vil gi sykepleiere og jordmødre et nødvendig lønnsloft. Arkivfoto: Marit Fonn

Nå er det opp til de lokale forhandlingene i det enkelte helseforetak om årets tariffoppgjør vil resultere i konflikt eller ikke. Forbundsleder Lisbeth Normann i NSF har imidlertid forventninger til at også de lokale forhandlingene vil gi sykepleiere og jordmødre et nødvendig lønnsloft.

– Behovet for sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere er stort, og vi har tillit til at helseforetakene vil bruke lønn for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse.

– Men konflikt er fortsatt en mulighet. For etter at de lokale forhandlingene er avsluttet vil Unio se på helheten i tariffoppgjøret før vi eventuelt aksepterer resultatet, sier Normann.

## Lokale forhandlinger

Det er partene lokalt som er ansvarlige for å ivareta at alle som er omfattet av overenskomsten, og som ikke har fått lønnstillegg som følge av økning i minstelønnsnivåene (se tabell), skal gis et lønnstillegg lokalt. Dette tillegget bør minimum være av en slik størrelse at det sikrer at den enkelte opprettholder sin kjøpekraft, går det fram av protokollen partene har undertegnet. Ledere med personal- og økonomiansvar skal videre lønnes over det høyeste minstelønnsnivå for dem de er satt til å lede.

Forutsatt at de lokale parter blir enige om at det skal avsettes lønnsmidler til individuelle tillegg, skal det føres forhandlinger om

hvilke arbeidstakere som skal tilstås slike tillegg.

Oppnås ikke enighet i forhandlingene om individuell avlønning, gjøres arbeidsgivers siste tilbud gjeldende. De lokale parter kan be om bistand fra sentrale parter knyttet til fordeling av lokalt avsatte midler.

Forhandlingene forutsettes gjennomført innen 1. oktober 2008. Alle lokale tillegg gis med virkning fra 1. juli 2008 med mindre annet avtales.

## Kvelds- og nattarbeid

For arbeidstakere som arbeider etter skift eller turnusplan skal det fra 1. juli betales et tillegg per time for ordinært arbeid mellom kl. 17.00 og kl. 07.00, ikke kl. 06.00 som i dag.

Tillegget vil variere etter den ansattes grunnlønn. For ansatte med grunnlønn på 300 000 kroner vil det nye tillegget være på 54 kroner per time, for de med grunnlønn over 400 000 kroner er tillegget 70 kroner per time.

Arbeidstakere som ikke arbeider etter skift eller turnusplan vil fortsatt få 18 kroner i tillegg per

time for ordinært arbeid mellom kl. 17.00 og kl. 06.00.

## Deltid

Partene har som mål å redusere andelen ufrivillig deltid i helseforetakene. Flere helseforetak har i løpet av det siste året gjennomført tiltak for å redusere uønsket deltid, og mange er i gang med tilsvarende prosesser.

Det nedsettes et partssammensatt utvalg som skal se på hensiktsmessige virkemiddel for å redusere omfanget av ufrivillig deltid, og hvordan tiltakene kan gjennomføres lokalt. Utvalget skal også vurdere om det er begrensninger i dagens lov- eller avtaleverk som er til hinder for å få flere heltidsstillinger. Frist for utvalgets arbeid settes til 01.03.09.

Partene oppfordrer i tillegg helseforetakene til å intensivere arbeidet med å etablere retningslinjer for utøvelse av fortrinnsrett for deltidsansatte.

Tabell: Minstelønn per år fra 1. juli 2008 (Helseforetakene)

ANSIENNITET	0 ÅR	4 ÅR	8 ÅR	10 ÅR
Sykepleier	300 000	308 000	320 000	345 000
Spesialsykepleier/Jordmor	325 000	335 000	350 000	380 000

# Ny runde med God vakt!

«Arbeidstilsynet har lukket påleggene, men ikke arbeidsmiljøproblemene.» Det var kommentaren fra Norsk Sykepleierforbund etter første runde i kampanjen «God vakt!» Til høsten går Arbeidstilsynet i gang med nye tilsyn av helseforetakene.

I forrige uke var 60 inspektører fra Arbeidstilsynet samlet i Oslo for opplæring til nye tilsyn i Arbeidstilsynets nasjonale kampanje God vakt! Kampanjen er den største arbeidsmiljøatsingen i Arbeidstilsynets 150-årige historie.

## Optimist

Tilsynene starter i september, og alle rapporter med eventuelle pålegg vil foreligge i midten av desember. Sluttrapporten vil være ferdig 2009/2010, hvor Arbeidstilsynet vil oppsummere resultatene etter sju års fokus på arbeidsmiljøet i helseforetakene.

– Er dette tilsynet en reprise på tidligere tilsyn?

– Nei, dette er et steg videre i forhold til tilsynene som ble gjennomført i 2005. Denne gang vil vi se på om tiltaksplanene og aktivitetene helseforetakene har satt i gang i forhold til tidligere pålegg har virket. Og hvis det ikke har virket. Hva har de så gjort i stedet? Vi vil ikke akseptere at arbeidet med å finne positive løsninger har stoppet opp, sier prosjektleder Morten Kjerstad Larsen.

Han har imidlertid stor tro på at det har skjedd forbedringer rundt i helseforetakene.

## Fire områder

Tilsynene vil bli foretatt ved de samme helseforetakene og private sykehusene som var med i første omgang av kampanjen.

– Men i motsetning til forrige gang vil vi nå avgrense samtalene til ledere på forskjellige nivå, verne-

ombud og tillitsvalgte, men ikke ansatte. Å intervju nærmere 7 000 ansatte er for tidkrevende både for Arbeidstilsynet og helseforetakene, ifølge Kjerstad Larsen.

– Hva er hovedproblemstillingene ved dette tilsynet?

– Vi har delt det opp i fire hovedområder. Det første er ledelse, ansvar og myndighet. Videre medvirkning og samarbeid, og omstilling. Punkt fire vil inneholde de tre foregående områdene, hvor målet er en levendegjøring av HMS-arbeidet i hele organisasjonen, sier Kjerstad Larsen.

## Omstilling

– Hva tror du er den største arbeidsmiljøutfordringen?

– Omstilling. Jeg tror det over lengre tid har bredt seg en omstillingstretthet blant de ansatte. Dette viser seg også i form av utbrenthet, stress og høyt sykefravær. Mye av omstillingene som settes i gang skjer i form av enkeltprosjekter. I slike midlertidige prosjekter blir ofte HMS-arbeidet en salderingspost. Et viktig mål med kampanjen er derfor å blåse liv i HMS-arbeidet, understreker prosjektlederen.

– Ved forrige tilsyn trakk mange fram mangel på balanse mellom oppgaver og ressurser?

– Ja, dette var ett av de fire hyppigst nevnte påleggene. Løsningen som ble trukket fram var blant annet økt bemanning. Men det går også an å spørre hvilke oppgaver man kan ta bort, mener Kjerstad Larsen.



NYE TILSYN: – Oppmerksomheten i 2008 vil være på oppfølging av tidligere gitte pålegg, sier prosjektleder Morten Kjerstad Larsen ved Arbeidstilsynet Oslo.

## Tidligere tilsyn gav resultat

Det har skjedd flere konkrete forbedringer i etterkant av Arbeidstilsynets God vakt-kampanje i 2005.

Evalueringen viser at ni av ti som arbeider i de fem private sykehusene har opplevd konkrete forbedringer. I helseforetakene svarer tre av fire det samme. Lavest skårer de regionale helseforetakene, hvor hver tredje ansatt ikke har merket konkrete forbedringer.

Videre svarer over halvparten at tilsynet «i stor grad» har fått fram et realistisk bilde av forholdene. Når

det gjelder organisatoriske spørsmål som tidspress, knappe ressurser og medvirkning synes tilsynene å ha truffet best. De har derimot ikke truffet så bra i forhold til psykososiale forhold som konflikthåndtering og utfordringer knyttet til omstillinger.

Det ble i 2005 gjennomført 875 tilsyn ved 22 helseforetak og fem private sykehus og 6 500 ansatte ble intervjuet.

Lilly



# Styrt av lyst – ikke av tid.

**Med Cialis® har pasienten** mulighet til å ha sex innen en halvtime – men varigheten er hele 36 timer.<sup>1</sup> Det betyr at paret kan ha sex om kvelden, og så om morgenen, eller neste kveld og til og med morgenen deretter – hvis de vil.

Studier viser at flere pasienter foretrekker Cialis® fremfor Viagra®; dels på grunn av den lange varigheten, og dels på grunn av ereksjonens hardhet.<sup>2</sup>

Forskriv Cialis® til din neste pasient med ereksjonsproblemer, og la paret oppleve friheten ved å kunne ha sex når de selv vil. Det gjør virkelig en forskjell.



**JA - DET ER FORSKJELL!**

**Referanser:** **1.** Godkjent preparatomtale. **2.** Eardly et al, Open label, multicenter, randomized crossover study to assess patient preference, efficacy and safety of sildenafil and tadalafil (Tadalafil 10 mg–20 mg vs sildenafil 25 mg, 50 mg, 100 mg, 12 weeks, n=291). BJU Int 2005; 96; (9); 1323–1332.

Se godkjent preparatomtale side 92

Cialis 200711-08 Hermaf.se

# Praksispiloter i Afrika

Hva gjør du når du daglig ser skolebarn bli slått fordi de kommer for seint? John-Inge Lund og Marthe Thorsen har minner for livet etter en utfordrende praksis i Afrika.

For første gang har Norsk Sykepleierforbund (NSF) vært involvert i et praksisopplegg for norske sykepleierstudenter i Tanzania. Tredjeårsstudentene John-Inge Lund fra Høgskolen i Narvik og Marthe Thorsen fra Høgskolen i Telemark var der, og gir opplegget en femmer på en skala fra en til seks.

De to studentene kom hjem i slutten av februar. Da hadde de vært gjennom to uker teori, fire uker praksis på landsbygda og en 130 siders lang fagplan. I tillegg rakk de en ukers ferie på Zanzibar. Nå er de kjærestere. Når skiensjenta Marthe er ferdig med skolen, flytter hun opp til Narvik. En afrikatur kan altså få store konsekvenser.

## Samarbeidet med afrikanerne

Til sammen var de 19 norske sykepleierstudenter som samarbeidet med tanzanianske sykepleierstudenter fra NTC, Nurse Training Centre, i havnebyen Tanga. I hver gruppe var det to fra Norge og seks fra Tanzania. Tre av høgskolene som var med har kommet med innspill til en sluttrapport. Basert på denne skal snart forbundsstyret i NSF ta stilling til om opplegget er verdt å videreføre.

Studentene ble stasjonert rundt i små landsbyer hvor de bodde hos

lokalbefolkningen og skulle innhente data, kartlegge og drive med helseforebyggende arbeid.

Årlig dør 100 000 av malaria i Tanzania. Dårlig kunnskap om smittemåter, bakterier og hygiene er en stor del av problemet, og hovedoppgavene til studentene var å skolere folk i dette.

– Krevende, men veldig lærerikt og spennende, sier Marthe.

– Ikke så pjuskete som jeg trodde det skulle være. Fattigdommen var der, men ikke så voldsomt som tendensiøse tv-bilder alltid viser, sier John-Inge.

Begge to sier de aldri kommer til å glemme de smilende ansiktene de møtte over alt.

– Folk var så glade uansett. Mange spiste ikke frokost. Noen spiste bare en til to ganger om dagen, forteller Marthe.

– Jeg husker også godt varmen. Og alle de fremmede og dårlige luktene. Det var mye søppel- og plastbrenninger rundt husene, til stort besvær for mange med astma, minnes John-Inge.

## Ikke strøm og vann

Marthe bodde i et av de tre husene til landsbyens leder (village leader). Det var uten innlagt vann, men Marthes gruppe var en av de hel-



HAKUNA MATATA: I Afrika fikk John-Inge og Marthe perspektiv på livet. De kommer aldri til å bli den type pasienter som klager på at det ikke er tv på rommet.

dige – de hadde faktisk en lyspære. De fleste hadde ingen strøm. Maten ble laget på kulløvner. De satt på golvet, med selskap av husdyrene som kunne være flaggermus, firfirsler og edderkopper. I bakgården trasket kuene. Og høna som sprang rundt beina på deg om morgenen, kunne være den du fikk å spise om kvelden.

– Vi fikk de beste hus og den flotteste oppvartning, selv om det kanskje var verre enn den verste etter norsk standard, smiler Marthe.

– Helsepersonell har relativt høy status på landsbygda, og de fleste syntes det var stas at vi kom, sier John-Inge.

Selv ble han stasjonert i et fraflytta lite murhus på plassen til en forfallen barneskole.

– Vi kom en søndag ettermiddag og var overbevist om at det var en nedlagt skole. Men mandag morgen stod det plutselig 450 unger med store øyne og så på oss, forteller John-Inge.

## Barnemishandling

Nesten daglig ble han vitne til at skolebarna ble slått av lærerne. De brukte en lang pinne og slo dem på ryggen, bak på leggene og i håndflata. Det gjorde så vondt at barna gråt. Grunnen kunne være at de kom for seint eller ikke hadde





rydda i skolegården.

– Mange barn måtte hjelpe foreldrene sine å sanke ved om morgenen før de fikk gå på skolen, og kom for seint av den grunn. Dermed ble de straffet for å være flinke, sier John-Inge.

Som far til to på barneskoletrinnet kunne han ikke se på mishandlingen uten å si i fra. Han forklarte lærerne om hva som kunne skje med barnas psykiske helse. Via sin søster i Norge som hadde internett-tilgang, fikk han listet opp barns rettigheter fra FNs barnekonvensjon, med spesiell vekt på artikkel 19 om vern av barn mot fysisk og mental vold. Disse skrev han opp på tavla. Lærerne sluttet å slå mens han var der, og for at de ikke skulle

glemme, fikk han opprettet en kontakt mellom Marungu skole og Beisfjord skole hvor hans egne barn går. De er nå vennskapsskoler og barna skriver brev til hverandre.

#### Hverdagene

Dagene begynte tidlig med bønnerop fra moskeene eller hanegaling fra nabolaget.

– Vi stod opp i halv sjutiden, spiste frokost, dusja med en bøtte vann og pussa tennene i flaskevann før vi dro ut i landsbyen for å jobbe, forteller Marthe.

Studentene spurte folk hvilke helseplager de slet med og ga dem råd om hva de kunne gjøre. De vanligste helseplagene til skolebarna er hudsopp og dårlig tannhygiene.

De afrikanske studentene har i flere år registrert hvilke sykdommer som er hyppigst, og blant ti på topp-listen for hele befolkningen troner malaria, med luftveissykdommer som nummer to.

– Det var ikke noe snakk om hiv eller aids, noe vi syntes var rart, siden dette var Afrika. Kanskje har det sammenheng med at sykdommen er tabubelagt. Derimot ble alt relatert til malaria. Til og med diaré, sier Marthe.

Hun var også overrasket over hvor lite hennes afrikanske medstudenter kunne om bakterier og smitte.

– De visste hvordan de skulle ta imot barn ved en fødsel, men ikke at oppvaskvannet burde kokes.

– Sykepleierskolen og studentene lå ellers på et høyt nivå. De må ikke gjennom like mye pensum som oss, men de er ganske rå på sykdomslære. Farmakologi er de ikke like gode på, sier John-Inge.

#### Luksus i helgene

Den første og siste uken hadde studentene teoriundervisning på ICCT, kompetansesenteret sør for Tanga, som NSF er deleier i. Der var de også i helgene og fikk vaska klær og lada batteriene.

– Det var deilig å få dusja seg i stedet for å helle den vanlige tiltersbøtta med gjørmevann over hodet. Bare det å få gå på et ordentlig porse-lensdo i stedet for å stå i hockey over hullene i marka, sier John-Inge.

Begge studentene skryter av paret som er initiativtakerne bak senteret: Sykepleier Ruth Nesje og mannen hennes, Odd Lund-Isaksen.

– Hvis vi var syke en dag, kom alltid Odd innom. De var trygge for oss å ha der, men det falt nok litt mye på dem. For fremtiden bør kanskje de enkelte høgskolene litt mer på banen, uten at man nødvendigvis trenger å ha med seg lærere, sier Marthe.

John-Inge forteller at en av studentene måtte bli sendt hjem på grunn

av sykdom. Hadde de vært helt på egenhånd, hadde de selv måttet ordne opp i forhold til forsikrings-selskapet.

#### Ingen helseturisme

Dette praksisopplegget har blitt til etter to års planlegging som NSF tok initiativet til. Organisasjonen har også gitt økonomisk støtte. I tillegg har hver student betalt rundt 20 000 kroner fra egen lomme.

– Vi ønsker ikke at studentene skal være «helseturister». Derfor tilstreber vi et faglig forsvarlig opplegg rundt praksisen, sier NSF's studentrådgiver Morten Kristoffersen.

Han var med under hele oppholdet og reiste rundt til landsbyene for å følge opp studentene.

– Vi fikk aldri helseturist-følelsen. Det var ingen ferietur, og vi fikk gjort en bit arbeid der nede, kvitterer John-Inge og Marthe.

– *Hva skilte dette praksisopplegget fra andre praksisopplegg i Afrika?*

– Mer struktur og opplegg. Samarbeidet med sykepleierskolen i Tanga gjorde at vi gikk rett inn i deres klasse og benyttet oss av deres erfaring. De har drevet denne formen for praksis i mange år, sier John-Inge.

– *Lærte dere noe faglig nytt?*

Begge må tenke.

– Vi lærte at vi må stole på egen kunnskap, sier de begge.

– *Ikke noe reint faglig?*

– Mye av kunnskapen er at vi har ransaket oss sjøl. Vi har fått knagger til å henge kunnskapen på. Og jeg kommer til å skjønne afrikanske pasienter mye bedre nå, sier John-Inge.

– Selv om jeg ikke klarer å sette ord på akkurat hva jeg har lært, så lærte jeg mye, sier Marthe.

– *Er dette noe NSF bør fortsette å støtte?*

– Helt uten tvil. Kompetansen er hos NSF nå, og den må eventuelt overføres til høgskolene dersom NSF trekker seg ut av dette, sier John-Inge.



**Dersom man likevel ikke får undersøkt pasienten, kan narkose være et alternativ.**

Fra utkast til nytt rundskriv til pasientrettighetsloven

# Narkose som tvangsmiddel

Tvang skal defineres i et nytt kapittel i pasientrettighetsloven. I et utkast til retningslinjer, foreslår Helsedirektoratet å definere bruk av narkose som et tvangsmiddel.

Helsedirektoratet har nå ferdigstilt et utkast til rundskriv til det nye kapittel 4a i lov om pasientrettigheter. Dette kapittelet regulerer tvangsbruk, og rundskrivet vil være et viktig dokument i forhold til å avgrense hvilke inngrep som skal klassifiseres som tvangstiltak, og hvilke som faller utenfor.

Rundskrivet skal etter planen være ferdig før sommeren, og Sykepleien har fått tilgang til utkastet som nå er til diskusjon.

## Armer og bein

Ett av eksemplene som er nevnt i det foreløpige utkastet, er bruk av narkose for å kunne undersøke eller behandle en pasient. Under tittelen «Hva regnes som tvang eller andre tiltak for å omgå motstand?» heter det:

«Eksempler på konkrete tiltak som kan benyttes for at nødvendig helsehjelp skal kunne gjennomføres, er å holde pasienten i armer og bein. Dersom man likevel ikke får undersøkt pasienten, kan narkose være et alternativ.»

## Tannbehandling

Videre heter det at dersom pasienten skal få narkose, må dette vurderes opp mot andre tiltak for å få gjennomført helsehjelpen og de

andre vilkårene i loven.

«Narkose er et alvorlig inngrep, og det skal tungtveiende grunner til for å gi pasienten narkose dersom vedkommende motsetter seg det.»

## Ønskelig

Per Meinich, leder for anestesilegene i Den norske Legeforening påpeker at det overfor en pasient uten samtykkekompetanse der verge eller en annen person på vegne av pasienten må bestemme hva som er best for denne, og der det er bestemt at undersøkelse eller behandling er påkrevet, vil man forsøke å gå frem så skånsomt som mulig og slik at man i minst mulig grad krenker vedkommendes integritet.

– Fra tid til annen vil dette innebære at det er ønskelig, eller sågar nødvendig, å gi pasienten narkose, ifølge Meinich.

Han peker på tannbehandling til psykisk utviklingshemmede eller MR-undersøkelser av barn som eksempler på pasienter i denne kategorien.

## – Drar det langt

Gunnar Lyngstad, leder i Tannlegeforeningen, er noe skeptisk til at bruk av narkose i sammenheng med tannbehandling nå kan bli definert som tvangstiltak.

– Som tannlege liker jeg begrepet tvang heller dårlig. Det er et begrep som også før ble brukt i tannbehandlingssammenheng på vanlige pasienter som vegret seg for behandling, sier han. Han viser til tilfeller der foreldrene var til stede, og det forelå samtykke, mens det på folkemunne ble omtalt som tvangsbehandling.

Han understreker også at det finnes alternativer til å legge pasienter i narkose med tvang, for eksempel bruk av lystgass eller vanlig medikamentell sedasjon.

## Håndledning ikke tvang

Mens narkose nevnes som en mulig form for tvangsbehandling, er såkalt håndledning definert utenfor.

Håndledning vil si å fysisk lede noen som i utgangspunktet ikke vil.

I forhold til tvangsmedisinering og tiltak som for eksempel å knuse medisiner i maten, heter det at:

«Det er bare adgang til å gi legemidler som er skjult for pasienten, når alternativet er mer belastende for pasienten enn den krenkelse den skjulte medisinerings representerer.»

## Demente

Det er spesielt pasienter med de-



## Nytt om tvang

- I rundskriv til nytt kapittel 4a i pasientrettighetsloven skal vilkårene for bruk av tvang overfor personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp avklares.
- Sentrale problemstillinger er for eksempel tvangsmedisinerings, krav til personlig hygiene, håndledning og andre daglige, konkrete situasjoner.
- Selv om loverket gir føringer i seg selv, skal rundskrivet komme med konkrete eksempler på tvangsbruk som skal rapporteres.
- Rundskrivet og det nye kapittelet i pasientrettighetsloven vil bli spesielt viktige for sykepleiere som jobber på sykehjem.
- Loven trer i kraft 1. januar 2009.

mens, psykisk utviklingshemming, hodeskader og psykisk syke som er vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse.

Psykisk syke med en somatisk sykdom vil kunne komme under kapittel 4a. Tvang i forhold til behandling av psykisk syke er ellers regulert i psykisk helsevernloven.

# Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



## MALARONE®

atovakvon/proguanil

**gir effektiv beskyttelse (95-100 %)<sup>1</sup> mot *P. falciparum*-malaria for hele familien\***

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria<sup>1</sup>  
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert<sup>1</sup>

C Malarone «GlaxoSmithKline»  
C Malarone Junior «GlaxoSmithKline»  
Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

**TABLETTER: Malarone:** Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171).

**TABLETTER: Malarone Junior:** Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171).

**Indikasjon:** Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av *P. falciparum*. Malarone Junior: Profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplisert *P. falciparum*-malaria hos barn  $\geq$ 5 kg og  $<$ 11 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av *P. falciparum* som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse og behandling mot *P. falciparum*-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

**Dosering: Malarone:** Profylakse: 1 tablett daglig til personer  $>$ 40 kg. **Behandling: Voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. **21-30 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **31-40 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **>**40 kg: Dosering som for voksne. **Malarone Junior:** Profylakse: **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett daglig. **21-30 kg:** 2 tabletter daglig. **31-40 kg:** 3 tabletter daglig. **Behandling: Barn: 5-9 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **9-10 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malarieendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbygere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tabletten bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdstoffer. Kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance  $<$ 30 ml/minutt).

**Forsikhetstiltak:** Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn  $<$ 11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lunge- eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når *P. vivax*-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig manifestasjon av komplisert malaria som hyperparasitemi, lunge- eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozoitter. Ved residiv etter infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR  $<$ 30 ml/minutt). Svimmelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.

### Doserer etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	$>$ 40	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	● ●	● ●	● ●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av  $C_{min}$  for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsatter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås.

**Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folatstikkudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter og diaré. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Mavesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: **Blod:** Anemi, nøytropeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Endokrine:** Anoreksi, hyponatremi. **Gastrointestinale:** Mavesmerter, kvalme, oppkast, diaré, maveintoleranse, sår i munnen, stomatitt. **Lever:** Forhøyet leverenzymverdi og amylasenivåer. Unormale leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. **Luftveier:** Hoste. **Neurologiske:** Hodepine, søvnløshet, svimmelhet. **Øvrige:** Feber, hårtapp, allergiske reaksjoner inkl. utslett (urticaria), kløe, angioødem og isolerte tilfeller av anafylaksi.

**Overdosering/Forgiftning:** Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis. **Veideregulering:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonten i blodet og som også er aktivt overfor hepatiske schizonten av *P. falciparum*. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergetisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer.

Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondriens membranpotensiale. Proguanil, via metabolitten cycloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakovns evne til å bryte mitokondriens membranpotensiale hos malariparasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og  $C_{max}$  5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad ( $>$ 99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. **Utskillelse:** Atovakvon: Ubetydelig utskillelse i urin. Det meste ( $>$ 90 %) utskilles uforandret i feces. Proguanilhydroklorid:  $<$ 40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylguanid utskilles også i urin.

**Pakninger og priser: Malarone:** 12 stk. kr 371,20. **Malarone Junior:** 12 stk. kr 141,10. Sist endret: 01.12.2007

\* Personer  $>$  11 kg

**Referanse:**

<sup>1</sup> McKeage K, Scott L.J. Atovaquone/Proguanil. Drugs 2003;63(6):597-623



GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.  
Telefon: 22 70 20 00. Telefax: 22 70 20 04. www.gsk.no

# Få fødsler truer sikkerheten

Helsetilsynet har gjennomgått fødetilbudet ved små avdelinger. Konklusjonen ble den samme som i 1997: Fødeavdelinger med mindre enn 400-500 fødsler i året bør bli fødestuer.

Helsetilsynet skriver i sin rapport at fødeavdelinger med bemanningsproblemer har rekruttert helsepersonell som kanskje ikke får jobb andre steder på grunn av manglende samarbeidsevner eller faglige forhold.

Utsagnet har skapt overskrifter i pressen.

– Angrer dere på utsagnet?

– Egentlig ikke. Det er vel et fenomen som gjelder for de fleste avdelinger som sliter med bemanning, ikke eksplisitt fødeavdelinger, sier assisterende direktør i Helsetilsynet Geir Sverre Braut.

## Storingsvedtak

På bakgrunn av faglige anbefalinger, blant annet fra Helsetilsynet, vedtok Stortinget i 2001 at små fødeavdelinger skulle gjøres om til jordmorstyrte fødestuer. Et nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet for å hjelpe fødeavdelin-

gene med omleggingen.

Rådet oppløste seg selv i protest i 2007 fordi det mente at helseministeren var mer opptatt av distriktspolitikk enn faglig kvalitet.

## – Slutt med tall

Jordmor Sigrid Torblå er kasserer i Jordmorforbundet NSF. Hun er ikke enig i Helsetilsynets konklusjon.

– Vi må slutte å henge oss opp i tall og heller tenke kvalitet. Kriteriene for hvilke fødsler som skal skje hvor, bør være klare og like for alle. Å ha et nært fødetilbud betyr mye for folk, sier hun.

Torblå er også medlem av det nye Nasjonale rådet for fødselsomsorg. Braut er enig i at tallene ikke nødvendigvis er det viktigste i diskusjonen.

– Men vår erfaring viser at fødefrekvens er viktig for kvaliteten, sier hun.

## Brustads løfter

– *Hvorfor har ikke stortingsvedtaket blitt fulgt opp, eller fått konsekvenser for de små fødeavdelingene?*

– Helseminister Sylvia Brustad lovet at ingen fødetilbud skulle svekkes, sier Torblå.

– *Men er det ikke kvalitetsmessig bedre med store avdelinger med mange fødsler?*

– Slik det er nå, tar nok en del små avdelinger noen fødsler de burde satt bort fordi de vil holde fødselstallet oppe. Nettopp fordi de vil beholde fødetilbudet, og sliter med at seleksjonskriteriene ikke er klare nok. Det er det som truer kvaliteten, sier hun og legger til at selv om noen fødeavdelinger er små, er de underlagt store avdelinger som de har rulleringsordninger med, nettopp for å få nok erfaring.

– *Kan man ikke like godt gjøre dem om til fødestuer?*

– Nei. Jordmødrene vil ikke jobbe der når det ikke finnes lege, sier hun.

Når vi spør Braut om Helsetilsynets mening om at stortingsvedtaket ikke er fulgt opp, svarer han som en ekte diplomat:

– Det er politikk og må overlates til politikerne å bestemme. Vi er en faginstans og holder oss til det.

– *Blir dere ikke lei av at politikerne ikke følger rådene deres?*

– Dersom du blir oppgitt over at politikerne ikke gjør som du sier, har du ingenting i byråkratiet å gjøre, sier han – ikke helt uten humor.

– Dessuten blir vi hørt, sier Braut.

## Risiko

Helsetilsynet har identifisert følgende risikoområder som kan true pasientbehandlingen:

- Rekrutteringsproblemer som fører til avhengighet av vikarer/vikar-

## Dette har skjedd

Her noen av tilsynssakene Helsetilsynet har gjennomgått ved de små fødeavdelingene:

### Hammerfest

Et barn ble alvorlig hjerneskadet etter et forsinket katastrofekeisersnitt etter en morkakeløsning. Det var kommunikasjonsproblemer mellom den fødende, en fransk jordmorstudent og en finsk jordmorvikar i forbindelse med tolkning av akutte magesmerter, og dessuten sviktet alarmsystemet da beslutningen om katastrofekeisersnitt var tatt.

### Orkdal

En tysk lege reagerte for sent på fosterlydsforandringer ved en risikofødsel, og legen brukte altfor lang tid på å forløse barnet først med mislykket vakuumsforløsning og deretter fødselstang. Det foreligger mistanke om uttalt faglig svikt hos legen knyttet til både fødselshjelp og operative inngrep samt samarbeidsproblemer til tross for gjentatte kompetansehe-

vende tiltak. Saken er oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot legen, og er under behandling.

### Narvik

Et barn døde etter fødsel på grunn av alvorlige hodeskader med kraniebrudd og traumatisk hjerneblødning etter en tangforløsning. Det fremgår at det også var alvorlig feiltolkning av fos-

terlyden. Legen som var involvert er tysk og Helsetilsynet i Troms anmodet om at det ble vurdert å iverksette tiltak som opplæring eller innføring av nye overvåkningsmetoder under fødsel. Samme lege er involvert i en ny tilsynssak knyttet til mangelfull oppfølging av en risikogravid med påfølgende fosterdød. Den siste tilsynssaken er under behandling.



Arkivfoto: Marit Fonn

stafetter

- Ujevn faglig kvalitet
- Kulturelle og språklige problemer
- Mangelfull faglig oppdatering og trening på samhandling i akutte situasjoner
- Manglende seleksjon eller overflytting av risikogravide
- Mangelfull opplæring og implementering av prosedyrer og rutiner
- Manglende overvåkning av resultater og systematisk avviksbehandling

#### «Farlige» vikarer

– På en liten fødeavdeling bemannet med vikarer, er det større fare for at det kan oppstå komplikasjoner hos risikogravide og fødende. Dette kan være en følge av utilstrekkelig barrieretilnærming jamfør kravene til forsvarlig ledelse, sier Braut.

– Dersom vi får ro rundt de små fødeavdelingene, og en nasjonal

standard for seleksjon av hvilke fødsler som skal skje hvor, blir det lettere og sikrere. I dag er det vanskelig å rekruttere fagfolk. Avdelingene har de siste årene hatt «nedleggingsspøkelset» hengende over seg. Da er det ikke rart det er vanskelig å skaffe fagfolk, hevder Torblå.

Medisinsk fødselsregisters tall over hvilke av fødeavdelinger som har hatt under 500 fødsler per år de siste to årene (tall for 2007 er foreløpige).

#### Avdelinger i grenseland

Her er listen over fødeavdelinger som har mindre enn 500 fødsler i året (NB: Listen omfatter ikke fødestuer):

Fødeavdeling	Antall fødsler per år		
	1995	2006	2007
Helse Fonna HF Stord sjukehus	617	481	487
St Olavs hospital HF Orkdal sjukehus	625	465	482
Helse Bergen HF Voss sjukehus	372	373	434
Universitetssykehuset Nord-Norge HF Harstad	526	350	405
Sørlandet sykehus HF Flekkefjord sykehus	306	315	404
Helse Nordmøre og Romsdal HF Kristiansund sykehus	448	377	391
Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos	555	425	389
Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest	656	437	379
Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen	275	299	343
Helgelandssykehuset HF Rana	449	328	330
Helse Sunnmøre HF Volda sjukehus	581	345	324
Nordlandssykehuset HF Vesterålen	401	289	297
Helse Førde HF Nordfjord sjukehus	334	287	283
Helse Finnmark HF Klinikk Kirkenes	418	244	235
Universitetssykehuset Nord-Norge HF Narvik	318	236	233

#### Kirkenes

Et barn døde etter et katastrofekaisersnitt utført av en 74 år gammel dansk vikarlege etter mangelfull oppfølging av misfarget fostervann og fosterlydsforandringer under fødsel. Det fremgår at det var kommunikasjonsproblemer mellom jordmødrene og vikarlegen og at det tok for lang tid fra katastrofekaisersnittet ble besluttet til barnet var forløst. Det fremgår av sakens dokumenter at seleksjonskriteriene er endret på

bakgrunn av hendelsen. Saken er oversendt til Staten helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot legen.

#### Stord

Pasienten fikk utført et planlagt keisersnitt av en serbisk vikarlege hun hadde uttrykt mistillit til, og hun ble påført en alvorlig operasjonskomplikasjon. Det fremgikk av saken at en annen dansk vikarlege hadde unnlatt å nedtegne pasientens uttrykte

ønske i journalen. Helsetilsynet i Hordaland fant at helsehjelpen var forsvarlig, men at det forelå svikt i dokumentasjonsplikten.

#### Orkdal

En russisk hospitant uten norsk legelisens ble ansatt som underordnet lege. Hun overså en alvorlig fødselsriff og ga derved mangelfull behandling. Pasienten fikk langvarige plager med endetarmens lukkemuskel og utlagt tarm. Hospitanten fikk en

advarsel fra Statens helsetilsyn og det ble gitt kritikk til foretaket.

#### Namsos

En pasient klaget på grunn av forsinket diagnostikk av en alvorlig komplikasjon (koldbrann i tynntarmen) etter fødsel. Hun hadde i tidligere svangerskap gjennomgått både en dødfødsel og sviktende morkakefunksjon. Helsetilsynet i Nord-Trøndelag fant at helsehjelpen var uforsvarlig.

## Daihatsu Terios

Leveres med: firehjulstrekk, automatgir, ABS bremses, VSC antifiskenessystem, 8 kollisjonspuler, hydejusterbar ratt, RDS radio m/ CD, elektronisk bremskraftforsterker, differensialspere, servostyring, og alt annet som garanterer en komfortabel kjreopplevelse.

Nå fra kr **244.900,-\***  
Gjelder et begrenset antall biler.



**4WD ER  
FREMDELES  
INKLUDERT  
I PRISEN!**

**Spar kr  
15.000,-**

## Daihatsu Sirion

Leveres med: ABS bremses, 6 kollisjonspuler, aircondition, RDS radio m/CD, elektronisk bremskraftforsterker og servostyring. Sirion er den eneste i smbilklassen som kan leveres både med firehjulstrekk og automatgir.

Nå fra kr **174.900,-\***  
Gjelder et begrenset antall biler.



**Spar kr  
10.000,-**

Utstyrsdetaljer kan avvike fra bildene

# Vi har kuttet prisene på Sirion og Terios

Innovation for Tomorrow



**DAIHATSU**

\*Lever i Drammen bilhavn. rsavgift, samt leveringsomkostninger tilkommer. Gj. snittlig forbruk ved blandet kjøring: Sirion: 6,3-6,8 l/100 km. Terios: fra 7,9 - 8,5 l/100 km. Utslipp: Sirion: 148-159 g/km CO<sup>2</sup>. Terios: 185-201 g/km CO<sup>2</sup>. Importør: Nordisk bilimport AS i Bertel O. Steen-konsernet.

[www.daihatsu.no](http://www.daihatsu.no)

# 9 av 10 mot mobil på operasjonsstua



Sykepleierne svarer et rungende nei til mobiltelefon på operasjonsstua.

En undersøkelse Synovate har gjort på oppdrag fra Sykepleien, viser at hele 94 prosent av sykepleierne sier at de ikke synes det er greit å bruke privat mobiltelefon på operasjonsstua. Sykepleiere over 50 år er mest negative: I denne aldersgruppen svarer hele 97 prosent at mobilen ikke skal brukes når pasienter ligger til operasjon.

## – Ikke enig

André Skodbo, operasjonssykepleier, som for tiden jobber som medisinsk operatør ved AMK, kjøper ikke argumentene om at mobiltelefon ikke skal inn på operasjonsstua:

– Nei, dette er siste rest av forargede besserwissere som tenker sykepleie på en helt feil måte. Jeg mener at det ikke er muligheten som skal dirigere bruken av mobiltelefon, men hensynet til personvern og etikk. Dersom mobiltelefon blir brukt med hensyn, er det helt uproblematisk, sier han.

– Av og til må man komme i kontakt med noen utenfor. På operasjonsstua er man ofte avskåret fra omverdenen i lang tid, og mange

har barn i barnehage, trenger å komme i kontakt med offentlige instanser og lignende når man er på jobb. Hvorfor skulle dette gå ut over faget og profesjonen? spør han.

## Telefonkaos

Kirurgenes mobilbruk er Skodbo imidlertid ikke helt komfortabel med:

– Mange kirurger har med seg både privat mobiltelefon og calling. Ofte blir operasjonssykepleiere bedt om å svare på disse, og det kan bli for mye. Det er en uting å måtte svare på andres private mobiler, sier han.

## Mange bruker mobil

Selv om sykepleierne i Synovate-undersøkelsen sier nei til mobil på operasjonsstua, innrømmer 70 prosent av de spurte at de ofte eller av og til bruker egen telefon til å ta private samtaler eller sende sms i arbeidstiden. Det er flest i kommunehelsetjenesten som svarer at de av og til eller ofte har private samtaler. I aldersgruppen fra 50 år og oppover, var det ingen sykepleiere som svarte at de brukte mobiltelefonen sin ofte i arbeidstiden.

**Dersom mobiltelefon blir brukt med hensyn, er det helt uproblematisk.**

André Skodbo, operasjonssykepleier og med. op.



## Tips om mobilbruk

Skodbo har følgende råd for hensynsfull mobilbruk:

- ✓ Telefoner aldri på bekostning av pasient/oppdrag.
- ✓ Ha mobilen på lydløs modus.
- ✓ Unngå (høye, private) samtaler i nærheten av våken/hørende pasient.
- ✓ Selvsagt ikke utlever opplysninger vedrørende jobben/pasienten.
- ✓ Spritrens telefonen ofte (tastene er ofte svært infiserte).
- ✓ Oppfordre spesielt leger til å ha med (fungerende) calling fremfor mobiltelefon.
- ✓ Ha fungerende fasttelefoner tilgjengelig.
- ✓ Sørg for at apparatur tåler støy fra mobiler.
- ✓ Begrens bruken.

En ny opplevelse med

# web

Waitz Energy Balance



**WEB art 211**  
Sort eller rød nubuk skinn  
Str. 36-42  
(rød 36-42)



**VÅR PRIS 895,-\***



**WEB art 212**  
Grå nubuk skinn  
Str.36-42  
**NYHET!**



**VÅR PRIS 895,-\***

www.footcare.no

E-mail: [post@footcare.no](mailto:post@footcare.no) Tlf: 67 97 80 40 • Fax: 67 97 18 16  
Foot Care AS Postboks 75, 1471 Lørenskog

\*) +porto/oppkravsgebyr

tekst **Anne-Lise Aakervik** foto **Kim Ramberghaug**

DANS: Livet i helsetjenestene er blitt til en danseforestilling i Trøndelag. Her forsøker danser Tone Pernille Østern å nå frem som lege.







# Danser sin hverdag

De er eksperter på hvert sitt område. Sammen har de to sykepleierne og tre danserne utformet en danseforestilling som belyser ulike forhold i helse- og omsorgssektoren.

*En enkel sykeseng står i rommet. På den sitter pasienten. Foran ham står en sykepleier, litt på siden en annen person – en pårørende? Musikken fyller rommet, langsomt, rytmisk. Sammen begynner pleier og pasient å bevege seg. Vi kjenner tydelig igjen pleiernes bevegelser fra hverdagen. Undersøkelser,*

*avkledning, få en syk pasient oppi en seng. I denne settingen er det grasiøst og vakkert. Vi anerkjenner en oppbygning av et tillitsforhold mellom disse to. I bakgrunnen svever den pårørende; fortvilet, utestengt fra den private sfæren som ofte skapes mellom den syke og sykepleieren.*

## I forestillingen løfter vi frem og viser både skjønnheten og absurditeten, og komikken som av og til oppstår.

Danser Tone Pernille Østern



SYKEDANS: Luis Dellea Mea og Kersti Hasund i samstemt «sykedans». – Vi tenker at hele forestillingen er et møte med hverandre, et slags «du» i en samtale. Både konkret mellom tre dansere og to sykepleiere, og det fiktive møtet mellom pleier, pasient og pårørende



PAPIRMØLLEDANS: Papirmølla styrer hverdagen, og reduserer gjerne pasienten til en blindtarm eller beinbrudd. Personen, den man er, kommer i bakgrunnen.

«Candid Candle» er noe så uvanlig som en moderne danseforestilling om kompleksiteten i helse- og omsorgssektoren. To sykepleiere og tre dansere har sammen utviklet innholdet i en skapende prosess.

– Vi har jobbet med forestillingen i over ett år, forteller Tone Pernille Østern, som er kunstnerisk leder av Inclusive Dance Company. Et dansekompani som interesserer seg for å utvikle en estetikk der profesjonelle og ikke-profesjonelle dansere møtes og skaper et scenisk språk sammen.

Kersti Hasund, som jobber ved Verdal Bo og helsetun i Nord-Trøndelag, og Bjørg Aglen, som for tiden jobber ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, er de uredde sykepleierne som tok utfordringen da

den dukket opp. De har formidlet opplevelser og fortellinger fra eget arbeidsliv til danserne både verbalt og kroppslig. I måneden før premieren ble de frikjøpt fra jobbene sine for å finpusse forestillingen.

– Både de som gir og som får omsorg er utsatte grupper i et samfunn hvor økonomiske hensyn kan bli satt foran de menneskelige. Gjennom et samarbeid mellom dansekunstnere og helsepersonell ønsket vi å synliggjøre de utfordringene mennesker i pleie- og omsorgsykker møter på en ny måte. Det sier Margunn Skjei Knudtsen fra Folk 2, som er oppdragsgiver.

Folk 2 er et regionalt kultur- og helseprosjekt i Nord-Trøndelag fylkeskommune.

### Har det i kroppen

– Vi har jo fortellingene i kroppen, sier Kersti Hasund.

– Det er masse bevegelse i helse og omsorgsykker. Vi jobber med kropp på ulike måter, både egne og pasientens kropp.

– Ja, slik sett er det et fint møtepunkt, dansen og sykepleien, sier Tone Pernille Østern.

– I forestillingen løfter vi frem og viser både skjønnheten og absurditeten, og komikken som av og til oppstår. Dette er noe som angår oss alle, det går rett inn i livet. Alle kan vi relatere oss til enten pårønderollen, pasientrollen eller pleie/legerollen. Dypest sett handler det om omsorg.

– Denne felles erfaringen betyr at vi har hatt noe å spinne rundt når

vi har utviklet forestillingen. Det har vært en base som har vokst seg større. Håpet er at vi klarer å vise frem styrken og kompetanse som finnes i begge leirer, sier regissør Ane Aass.

*På scenen har en tydelig stresstet lege kommet inn. Hun begynner å flytte på hvite esker, stabler og stabler. Samtidig lirer hun av seg lange innflokke setninger som inneholder stillingsandeler og noen medisinske uttrykk og vanskelige formuler. Hun forsøker å få det hele til å gå opp. Publikum ler, det er tydelig at flere kjenner seg igjen i jakten på fulle stillingsandeler. Etter hvert henter hun frem bunker med papirer og nærmer seg forsiktig pasienten, hoppende fra papirbunke til papir-*

## Prosjektet har gitt oss muligheten til å vekke det kreative mennesket i oss, og det må vi ta med tilbake til jobben.

Sykepleier Kersti Hasund

*bunke – det er om å gjøre å ikke trå på gulvet – som i en lek.*

– Legerollen kan tolkes som en slags personifisering av «sykehuset» eller «systemet». Vi ser også på leger som pleiere – altså noen som viser omsorg, men så lar vi alle papirene og teoriene komme i veien for reell kontakt. Sykepleiere må også forholde seg til «papirmølla» – også i forestillingen, forklarer Østern.

I forestillingen blir alle dratt inn i sykesfæren i et heseblesende tempo. Snart vet vi ikke hvem som er pasient, pårørende og pleier.

– Prosessen vi har vært gjennom har gitt meg mye, sier Kersti Hasund. – Jeg har jo bare mitt kroppsspråk å bidra med, derfor har det vært veldig spennende å komme inn i et nytt språk som dansen er. Jeg har fått en mulighet til å stanse i hverdagen som sykepleier og bearbeide egne erfaringer og tenke over mine valg og gjøremål i et hektisk yrke. Etter hvert har jeg sett at det er mange paralleller til dans i min hverdag. Pleie er kroppslig,

berøring, omsorg og ømhet.

– Når vi jobber med ikke-dansere er det svært viktig at vi tar utgangspunkt i det livet som finnes i kroppene. For sykepleierne blir relasjonen til pasienten det viktigste. Vi har skapt form fra innholdet i det Bjørg og Kersti har fortalt oss, og gjort en utvelgelse derfra. Det er en kompleks materie som ikke bare inneholder solskinnshistorier, sier Tone Pernille Østern.

### Det kreative mennesket

– Vi håper jo at forestillingen når hjertene til dem som ser på. Vi ønsker å belyse konflikten som oppstår mellom det individuelle ønsket om å yte god pleie kontra systemet som krever effektivitet og pålegger oss så mye at tiden til pasientene blir mindre, sier Bjørg Aglen.

– Prosjektet har gitt oss muligheten til å vekke det kreative mennesket i oss, og det må vi ta med tilbake til

jobben, sier Kersti. – Systemet vi jobber i må også være åpent for nytenkning, vi er altfor ofte inngrodd i faste rutiner. Vi må i større grad tenke helhetlig og se individet fremfor systemet. I forestillingen Candid Candle ønsker vi å vise at det ikke bare er travelhet og elendighet i jobben. Det er også gode møter og opplevelser.

I Candid Candle tar pasienten egne valg, og lurer seg til slutt vekk fra den kaotiske tilværelsen.



### Candid Candle

Candid Candle hadde premiere i Trondheim 28. april, og turnerer i Nord-Trøndelag i mai/juni. Stykket er støttet av Norsk Sykepleierforbund i Nord-Trøndelag, Norsk Kulturråd, FFUK, FOLK 2, Levanger kommune, Trondheim kommune og Levanger Demensforening. Luis Della Mea har laget musikken til forestillingen.

NÆRDANS: Sykepleier Kersti Hasund (tv) i en nær situasjon med pasient, danser Luis Della Mea. Mens pårørende, danser Arnhild Staal Pettersen, blir skjøvet i bakgrunnen.

# NSF: – Senk særaldersgrensen

Særaldersgrensen for sykepleiere er under press. Men NSF viker ikke en tomme.

Sykepleiere som har direkte pasientkontakt i mer enn halvparten av arbeidstiden, har rett til å gå av med pensjon ved 65 år. Dette kalles særaldersgrense. Også andre yrker, som politi, pilot og yrkesmilitære har særaldersgrenser.

## Vet ikke

Særaldersgrensene skal nå revurderes i forbindelse med nytt pensjonssystem. I slutten av mai skal partene møtes til en høringskonferanse om vi trenger særaldersgrenser.

I sitt høringssvar til Fafo-rapporten, argumenterer NSF for å senke aldersgrensen for når sykepleiere skal kunne gå av med pensjon.

Bakgrunnen er at tall fra Fafo-rapporten viser at sykepleiere med særaldersgrense både har et særlig belastende arbeid og at dette arbeidet krever særlige egenskaper for å hindre fare for liv og helse. Mens belastning kommer inn under et punkt i lovverket (alternativ

## Det kan synes som menns arbeid generelt vurderes som mer farlig og risikofyllt enn kvinners arbeid.

Norsk Sykepleierforbund om særaldersgrenser

ranse om særavtalens fremtid, og Fafo har laget en rapport som er på høring nå.

Både Fafo-rapporten og to andre, uavhengige rapporter slår fast at sykepleiere har en uvanlig belastning gjennom jobben, og at ordningen med særaldersgrenser treffer.

## Lavere grense

Verken Norsk Sykepleierforbund (NSF) eller Unio ønsker å diskutere

a), faller særlige egenskaper inn under et annet (alternativ b).

## Tankefors

– Generelt er kvinnedominerte yrker plassert under lovens alternativ a, mens mannsdominerte yrker er plassert under alternativ b. Det kan synes som menns arbeid generelt vurderes som mer farlig og risikofyllt enn kvinners arbeid, skriver NSF i sitt høringssvar.

NSF påpeker også at det ut fra



## Særaldersgrensen

- Særaldersgrensen er knyttet opp til aldersgrenseloven paragraf 2, alternativ a og b.
- Ordningen skal revurderes i forbindelse med et nytt pensjonssystem.
- Unio krever at ordningen videreføres som den er i dag.
- 29. mai skal partene møtes til en høringskonferanse om særavtalenes fremtid.
- Fafo-rapporten «Slitne kvinner og farlige menn», har sett på treffsikkerheten til særaldersgrensene. Rapporten er nå ute på høring, og offentliggjøres av departementet 1. juli.

et likestillingssynspunkt er et tankefors at særaldersgrensene under alternativ b er lavere enn i de kvinnedominerte arbeidsplassene som er plassert under alternativ a.

## Flest på 85-årsregel

Av alle 62 år gamle sykepleiere som gikk ut i pensjon i 2007, gikk de fleste av for 85-årsregelen. Det vil si at de både hadde rett til å gå av for særaldersgrense, og at summen på alder og antall arbeidsår

var over 85. Mens 532 62 år gamle sykepleiere var yrkesaktive, gikk 136 av for særaldersgrense og 85-årsregelen, mens 91 sykepleiere i denne aldersgruppen gikk av med folketrygdberegnet afp.

Ifølge KLP tilsier dette at det i fjor var nærmere 15 prosent av sykepleierne som gikk av med afp. I tillegg var det en stor andel som ble helt eller delvis uføretrygdet, men det er tall som KLP ikke har tatt med i sin statistikk.

## Antall sykepleiere 62 til 65 år på AFP eller særaldersgrense+85-årsregelen

1/1/2008				
Alder	Yrkesaktive	85-årsregelen	AFP	Prosent som velger AFP
62	532	136	91	14,61%
63	351	159	167	32,24%
64	274	155	140	33,82%

# UTROLIG MEN SANT

- VI ANBEFALER  
FAKTISK VANN MOT  
SYRESKADER



Syreskader blir mer og mer vanlig. Spesielt på grunn av halvlitersflaskene med skrukork, som gjøre at man drikker mange små slurker. Og fordi man tror at light-produkter også er "light" når det gjelder syreinnholdet. Det er de ikke.

Men visste du at helt vanlig vann fra kranen faktisk er et godt middel mot syreskader? Det nøytraliserer nemlig syren i munnen, og så er det lett å bruke i løpet av dagen.

Om morgenen og kvelden har vi en annen løsning. Den heter zendium Syreforsvar og inneholder ekstra proteiner som hjelper til med å styrke munnens eget forsvar mot syreangrep.

**STYRKER MUNNENS EGET FÖRSVAR**



# Forebyggeren

På vei til jobben stopper Jan Bøhler sykkelen, henger seg i en grein og tar noen armbøyninger. Det synes han alle burde gjøre.

**Ikke rart** han er kalt Stortingets Tarzan av Se og Hør. Kledd i rutete skjorte kommer han inn døren til nasjonalforsamlingens antakelig tristeste rom, som er uten vindu. Han bærer en appelsin, en liter skummet melk, to blåbæryoghurt og et enormt kaffekrus. Frakten plasseres på møtebordet som fyller det lille rommet.

– *Er det du som har valgt denne plassen?*

– Nei, vi er plassert.

En konsulent i Arbeiderpartiet holder orden på avtalene hans.

Bøhler er helsepolitisk talsmann for Ap og andre nestleder i helse- og omsorgskomiteen. Den oppgaven ønsket han selv – fordi «den er mest avgjørende for menneskene».

Bøhler leder også Oslo Ap og har oppnevnt seg selv som ombud for befolkningen i hovedstaden. Det omstridte sykehotellet til Radiumhospitalet førte til en storm av henvendelser. Budskapet var klart: Man river bare ikke et påbegynt bygg. Om resten av byggingen hadde blitt privat, ville vært greit for ham, bare det ble bygd.

Bøhler skreller appelsinen og forteller at han gjerne samarbeider med samfunnsorienterte kapitalister. Petter Stordalen har han god kontakt med.

Å si nei til private tilskudd ville være veldig dogmatisk, synes han. Mobiltelefonen som ligger foran ham på bordet, ringer. Han avviser samtalen, slik han som oftest gjør.

– Det særegne med Norge er at en vaskekone fra Groruddalen og Petter Stordalen skal ha det samme medisinske tilbudet.

At han trekker fram landets største drabantbyområde, er ikke tilfeldig. Han blir jo kalt Groruddalens store sønn. Der er han oppvokst, og der har han satt politikk ut i livet med den såkalte Groruddalsatsingen. Velgerne i dalen svarte med rekordhøye 41, 9 prosent oppslutning.

**Googler man på Jan Bøhler** får man over 100 000 treff. Mye mener han selv, dessuten mener andre mye om ham.

– Det er nytt for meg. Jeg har bare vært på Stortinget siden 2005. Men jeg er høyt og lavt, sykler på kryss og tvers i drabantbyene, bruker rulleskøyter på sentrene. Mange hilser og vil fortelle noe.

Men det er hyggelig, slår han fast. At politikerne er fritt vilt, slik avisene nylig skrev, mener han er fullstendig feil. Og hvis noen er rundt der det statistisk sett skjer mest, så er det jo han, og aldri har han opplevd problemer rundt det.

Folkets saker er det viktige. Som nevnte sykehotell. NSB-kaoset. Bandekrigen. Aker sykehus.

– Sânt som ikke er forutsigbare Ap-saker. Folk forventer at jeg sier ting rett fra leveren.

Han er helt sikkert gammel ml-er, har flere tipset.

– *Er du det?*

– Jeg trodde mediene hadde slutta med sânnne spørsmål. Jeg blir litt sliten.

– *Du kan jo bare si ja eller nei?*

Men det er ikke lett for en politiker.

– Jeg var med i SUF.

Telefonen ringer, Bøhler avviser.

– Jeg var radikal som ung, men ble aldri med i AKP-ml. Hadde en lang pause fra politikken og har vært aktiv i Ap siden 1984. Jeg burde slippe sânnne spørsmål i all evighet, sier han, og er kanskje irritert, det er ikke godt å si.

**Broren er kirurg** og har fortalt mye.

– *Og det er vel nyttig at datteren din er sykepleier?*

– Ja, ja, ja, sier han, men forteller heller om besøkene han får.

I snitt kommer det tre-fire folk daglig og forteller ham om helsevesenet.

– Mange har erfaringer jeg bør høre om. Noen ganger blir det bare en hyggelig samtale.

Andre ganger lukter han politikk.

– *Noen eksempler?*

Han drar på det. Ser vekk.

– Altså, når personer sier noe, jeg vet ikke om jeg kan si ... Men jo, stomi- og sårpasienter kan han fortelle om. På et sykehus kommer det over 10 000 av dem årlig. Når legen tar imot, får sykehuset drg-poeng. Men ikke når det er en sykepleier som behandler.

– Når jeg hører sânt, blir jeg provosert.

## Jan Bøhler

**Alder:** 56 år

**Hvorfor:** Fordi han er helsepolitisk talsmann for Ap og leder i Oslo Ap.

– *Var det en sykepleier som fortalte dette?*

– Tror ikke jeg kan si hvem ... Men ja, ja, ja, det var det.

Han drar en hånd over pannen, og kommer på mer: Etter et hjerne-slag haster det voldsomt. Men flere steder er ikke rutinene effektive nok. Han spiser en appelsinbåt og forteller hvor dumt det er at det ikke lønner seg å la pasientene bli rehabilitert i samme foretak som de er blitt behandlet.

– Alle mine initiativ kommer fra sânnne samtaler, påstår han og plukker opp et papir.

Et helsevesen som henger sammen, er overskriften, og hva som skal til er beskrevet i ti punkter. For eksempel er det smart å forebygge. Bøhler er knapt til å stoppe. Han liker ikke at psykiaterne på beste vestkant har lukrative avtaler slik at de kan slappe av med to pasienter daglig, mens de på østkanten må stresse med ti-tjue. Flyten av informasjon i helsevesenet er heller ikke bra, og i fjor holdt han en interpellasjon om ikt.

– *Stopp litt. Hva er dine tre yndlingshelsestema?*

Det er som han ikke hører.

– 68 prosent kommet til sykehuse-sene som øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Unødvendig mange, og Bøhler har forslag til tiltak. Ett er flere sykepleiere på sykehjemmene, så de slipper å sende pasienter til sykehus for sikkerhets skyld.



Lørdag kveld kom det en forvilt  
dame og fortalte at siste måltid på  
sykehjemmet er klokken 18.



**- Hva er det egentlig som driver deg?**

- Æhh ...

Han klør seg i nakken.

- Fra jeg var bitteliten ...

Sammen med mor, far og to brødre bodde han på ett rom i indre Oslo. Da han var tre, flyttet familien til drabantbyen Kalbakken i Groruddalen. To rom og kjøkken var stas. Siden har han bodd i blokk og vil ikke annet.

Han vrir temaet over til hvordan kols, astma og lungekreft hopper seg opp i øst. Der andelen unge med psykiske plager er størst. Slik det også er med diabetikerne, folk med minoritetsbakgrunn og rusavhengige. Han har sett mange fra sin generasjon sitte i skogkanten og dope seg. Flere er døde. Bøhler kjenner sprøytenarkomanes sosiale bakgrunn, også fra jobben som fritidsleder.

- Kunne det vært deg?

- Det kunne det nok ikke, sier han rolig.

Hjemme hersket den sosialdemokratiske moral. Det skulle være stille i stuen når Einar Gerhardsen snakket på radioen. Far var rørlegger, mor frisør. I barndommen var det kort barbus, siden kom hockeysveisen, som ifølge Bøhler betyr at håret ser ut som det er klippet rundt en ishockeyhjelmer. Frisyren, kort foran og lang bak, har han beholdt.

- Får du mange kommentarer?

- Folk er blitt vant til det, smiler han og stryker seg over hårmanken.

**Han trenger ikke gå** mer enn ti meter på senteret på Haugenstua før han blir stoppet.

- Lørdag kveld kom det en fortvila dame og fortalte at siste måltid på sykehjemmet er klokken 18.

- En pårørende?

- Ja. Og på Ahus, du trenger ikke

si navnet på sykehuset, hadde en med en stor særskade blitt liggende fra søndag til fredag. Slike historier får jeg hele tiden. Men de fleste har gode erfaringer fra sykehus.

Selv har han aldri vært innlagt.

- Men jeg er interessert i menns helse. Det har også bakgrunn i henvendelser. Min generasjon menn bryr seg ikke om egen helse.

Bøhler hadde ikke vært på helsekontroll siden militæret inntil han kom på Stortinget.

- Ikke driver vi overforbruk, og ikke er vi hypokondere. Men spørsmålet er om vi er for sikre på at alt er bra.

Bøhler kunne vært sykepleier, mener han, siden han liker å jobbe med mennesker.

Datteren er tillitsvalgt på barneklivnikken på Ullevål. De har ikke samme etternavn, men hun blir stadig spurt om han er faren, for de er så like i fjeset.

- Hvor mange sykepleiere bor det i Groruddalen?

- Med en sånn lønn, inntil skauen, rett ved tog og t-bane - jeg treffer nok en del.

Bøhler synes sykepleiere kan veldig mye.

- De er flinke til å skape trygghet rundt seg i en stressa hverdag.

**Ingen dag uten trening.**

- Det er som å pusse tenna.

Til og fra jobb sykler eller jogger han. Armhevninger og sit-ups på veien hører med.

- Mens folk ser på?

- Sikkert noen. Kanskje det stimulerer folk.

Han ønsker seg uteapparater for voksne, slik det er i Sveits. Han har allerede snakket med Trond Giske om det. Bøhler vet at han er i god form. Han måler det på en spesiell

type armhevninger, og klarer flere enn noensinne.

- Noen mener du liker å vise deg fram?

- Nææh, protesterer han, - jeg føler ikke det selv. Det er jo bra at politikere ikke er engstelig for offentligheten. Jeg driver med trening for livet og har trent sammenhengende i 30 år, siden jeg var på mygelaget som femåring.

- Du er da eldre enn 35?

- Trekk fra en periode i studietiden.

At han har studert norsk, litteraturvitenskap og russisk er lite kjent. - Det var nok ventet at jeg skulle gjøre en akademisk karriere.

Han begynte på magistergraden, men følte seg innestengt i det intellektuelle miljøet. I stedet ble han miljøarbeider for narkomane. Men han har lest omtrent hele verdenslitteraturen. Å mestre norsk gir ham trygghet.

- Jeg er ikke redd for å debattere med en professor.

- Leser du en roman nå?

- Nei, for jeg er så kritisk til hva jeg vil lese. Jeg er opptatt av musikk og film.

- Å ja. Hvilken musikk?

- GranittRock i Groruddalen.

Den årlige festivalen startet i 2005.

- Det er vel politisk arbeid?

- Forebyggende. Rusfritt og gratis.

**Quizen «Hvor Jan Bøhler er du?»** ligger ute på nettet. Det spørres om

triceps og hockeysveis. Han har ikke testet seg selv, men synes det er morsomt, og særlig flott hvis den kan stimulere til trening.

- Du er litt asketisk?

- Jeg liker å bruke tida godt. Maten er ikke god hvis den ikke er sunn. Vet ikke om det har med smaken å gjøre eller om det er psykologisk.

- Hvor lenge sover du?

- Fire timer.

En gang fortalte Gudmund Hennes at han sover fem timer i døgnet. Da tenkte Bøhler at han kunne klare en time mindre. Så leste han at når man sover lite, så sover man intenst.

- Jeg sover som en stein. Litt mer i helgen, seks-sju timer.

Han er medlem av Arbeidernes edruskapsforbund. Sterkt måtehold, er mottoet, ikke avhold.

- Så du kan ta deg en pils?

- Ja, men jeg gjør det ikke. Det smaker ikke godt.

Til Syden drar han ikke. En tur med Kiel-fergen er billigere og hyggeligere.

- Jeg synes det er koselig å rote rundt på Ikea.

- Oj, da er du jo drømmemannen?

- Jeg blir jo sjanghaia dit.

Kjæresten bor heldigvis i Groruddalen.

- Jeg er interessert i hverdagslige ting. Tror på det store i det små.

**Før Bøhler satser på en sak,** sorterer han.

- Ofte er jeg enig, men vet at jeg ikke kan få til noe. Da er jeg ærlig og sier dette klarer jeg ikke.

I mange år har han fått henvendelser om likestilling av skift- og turnusarbeidere.

- Jeg er veldig enig i sak, men vil ikke si at det kan jeg ordne i morgen. Her har alle regjeringer slitt.

Appelsinen er halvspist, yoghurtene urørt. Vi har sittet en time lenger enn han sa han kunne.

Dagen etter ringer han. Han har snakket med Bjarne Håkon og fått vite at et utvalg som holder på med skift-turnus-saken er ferdig 1. oktober. Bøhler vil bare si at han ikke har gitt opp saken.



"Life begins at 40!"

"Å være 40 er fantastisk, spesielt når du ser ut som 30."

RETIN-OX™+

10<sup>\*</sup>  
YEARS  
BACK

COLLAGENx2<sup>\*\*</sup>

Gi oss 2 uker og vi gir  
deg 10 år tilbake.

RETIN-OX™+

Etter fylte 40 år reduseres kollagenproduksjonen i huden. Derfor har RoC laget **RoC RETIN-OX®+** som ved hjelp av sin patenterte teknologi fordobler den naturlige kollagenproduksjonen i huden.\*\*

**Resultat:**  
rynker reduseres  
og du ser 10 år  
yngre ut.\*

RoC

WE KEEP OUR PROMISES®



\*10 years back on wrinkles. Clinical study on 37 women during 12 weeks.

\*\*In vitro test - Doubled rate of collagen synthesis.

Fås kjøpt hos Alliance apotek og Apotek1.

**Navn:** Svein Roald Olsen

**Verv:** Spesialrådgiver i NSF's fagpolitiske avdeling.

**Ellers:** Infeksjonsmedisin, fengselshelsetjeneste og behandling av rusmiddelavhengige. Jobbet med rusproblematikk i åtte år. Har skrevet brev på vegne av NSF til Sylvia Brustad om utvidelse av sprøyterommets prosjektperiode.



## Sprøyterom:

# Fritt fram for

Leder av Frelsesarmeens gatehospital, Marit Myklebust, sier nei til en utvidelse av prosjektperioden for sprøyterommet. Spesialrådgiver i NSF's fagpolitiske avdeling, Svein Roald Olsen, sier ja.

Myklebust og Olsen er imidlertid enige om en ting: Å ta stilling til om sprøyterommet bør videreføres eller ikke, har ikke vært en enkel beslutning for noen av dem.

På spørsmål om hva som irriterer dem av argumentasjon hos motparten, er svaret ganske samstemt:

– Det er vel ingenting som irriterer i den forstand du tenker på. Men jeg kan bli frustrert over folk som kommer med uttalelser som om dette har vært et lett standpunkt å ta.

**Svein Roald Olsen** mener det vil være dumt å avvike prosjektet med sprøyterommet fordi han tror det fremdeles er mye kunnskap å hente.

– Evalueringene så langt har ikke vært gode nok. Prosjektet er unikt i Norden. Å avslutte mens erfaringer og evalueringer gir «halvveis» svar er ikke heldig, mener han.

Legeforeningen var også positiv til sprøyterommet da det startet opp. Nå har de endret syn.

– Det synes jeg er vanskelig å forstå etter som avgjørelsen baserer seg på en SIRUS-rapport som bare tar for seg sprøyterommets to første driftsår. Etter at sprøyte-

rommet ble flyttet fra Tollbugata til Storgata, har antallet registrerte brukere doblet seg, påpeker Olsen.

Noe av kritikken mot sprøyterommet har vært at det er dyrt å drive, og at det når få narkomane.

– Det har endret seg. Økonomi er blitt mer fremtredende i debatten. Det blir feil. Likevel synes jeg det er Norge as som bør ta regningen for dette nasjonale prosjektet, ikke Oslo kommune.

Selv om sprøyterommet i dag ikke kan vise til målbare effekter, for eksempel reduksjon i overdoser, tror Olsen det har hatt effekt.

– Brukerne selv sier de er svært fornøyde. De sier selv de får verdighet og er blitt mer bevisste på hygiene.

– *Er sprøyterommet en form for legalisering av narkotika?*

– Jeg har liten forståelse for argumentet. Det blir å stikke hodet i sanden. Jeg tror ikke sprøyterommet får noen til å begynne med injisering av heroin. Moralisering blir feil uansett. Vi må forholde oss til virkeligheten.

Han forstår at fagfolk frykter at rusfeltet kun skal drives med lavterskeltilbud, på bekostning av behandling og rehabilitering. Men

**Jeg tror ikke sprøyterommet får noen til å begynne med injisering av heroin. Moralisering blir feil uansett.**

**Å veilede en narkoman i å sette et giftstoff inn i årene er vanskelig.**

# stoff?

han er ikke nødvendigvis enig.

– Dersom sprøyterommet hadde vært foreslått å bli et permanent tilbud, ville også jeg følt frykten som mer reell, sier han.

– *Få narkomane bruker bare heroin, er det da riktig at det kun er det stoffet som er lov å innta på sprøyterommet?*

– Det har ikke vi i NSF diskutert. Men faglig sett er det ingen gode argumenter for at folk ikke skal kunne for eksempel røyke heroin. Det er tross alt bedre å gjøre det enn å injisere. Om amfetamin også skal kunne injiseres, kan diskuteres, sier han.

Standpunktet er tuftet på Olsens egne erfaringer fra da han jobbet med rus og psykiatri, men også erfaringer personalet på sprøyterommet har rapportert. Selv om han nå representerer NSF's syn, er han også faglig enig med forbundet i saken. Han har imidlertid stor respekt for Marit Myklebust, og at hun har tatt et annet standpunkt.

**Marit Myklesbust** jobber til daglig med rusavhengige på Frelsesarmeens gatehospital på Tøyen i Oslo.

Årsaken til at hun er uenig med Olsen om sprøyterommet, er mer av prinsipiell art enn faglig. Hun mener motstanderne representerer en liberaliserende holdning til narkotika. Politikere og fagfolk opptrer «plinglete» i krigen mot narkotika.

– Selv om vi fortsatt har svære uløste oppgaver, betyr ikke det at vi skal gi opp og fire på prinsippene. Vi bør istedenfor øke innsatsen, mener hun.

Ut fra et helseperspektiv illustrerer hun sitt standpunkt slik:

– Dersom en kreftsyk pasient

opplever at helsevesenet sier: beklager, vi har ikke penger til å behandle deg. Vi kan bare tilby palliativ behandling. Hvordan ville samfunnet og pasienten reagert? Kanskje virker sammenligningen nærmest grotesk, men den illustrerer poenget mitt på en god måte. Det er det jeg føler vi tilbyr de narkomane med sprøyterommet: Skadereduksjon. Ikke behandling og rehabilitering. Myklebust mener sprøyterommet er dyrt, og at midlene kunne vært brukt mer hensiktsmessig. Gjerne på andre tiltak som er av mer rehabiliterende og behandlende karakter.

– Jeg er redd lavterskeltilbud som sprøyterommet kan føre folk lenger inn i klisteret, eller får dem til å bli der de er, i stedet for å gjøre noe med selve problemet, sier hun.

Myklebust er på ingen måte naiv. Hun sier hun ser virkeligheten, og mener helsepersonell bør hjelpe mennesker som har det tøft.

– Livet med tung rus er krevende, og noen dør på veien. Det er trist. Jeg tror ikke et sprøyterom endrer på det. Jeg tror sprøyterom er et behov «vi» har. Ingen av våre pasienter har noen gang sagt at: Å, hadde vi bare hatt et sprøyterom.

– Jeg er sykepleier i sinn og skinn. Jeg synes det er vanskelig at mine kolleger skal jobbe i situasjoner hvor de sitter og ser på at narkomane «staser» opp blodårene. De gir veiledning til hvordan de skal gjøre injeksjoner mer riktig. Å veilede en narkoman i å sette et giftstoff inn i årene er vanskelig. Det er en grenseoverskridende jobb, mener Myklebust.

**Navn:** Marit Myklebust

**Verv:** Leder av Frelsesarmeens gatehospital i Oslo.

**Ellers:** Var med å starte og organisere gatehospitalet for fire år siden, og har ledet det i tre år.





# BRYT SMITTEKJEDEN

## Hånddesinfeksjon for pasienter og ansatte



### ER PASIENTENS HENDER RENE?

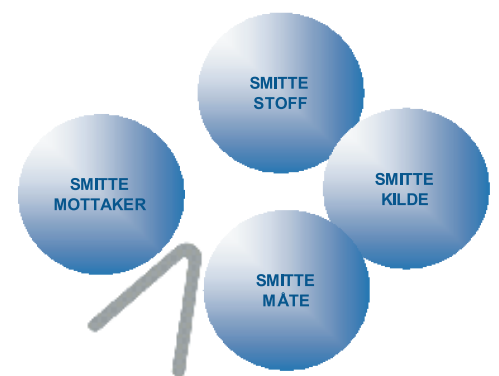
Visste du at på pasienters hender finnes ofte sykdomsfremkallende mikrober, eks. tarmbakterier. Urene hender hos pasienter utgjør en økt smitterisiko. Dette kan vi gjøre noe med! Informer dine pasienter om viktigheten av å verne seg selv mot smitte.

- Våtservietter gis til sengeliggende pasienter og korridorpasienter
- Oppegående pasienter kan bruke hånddesinfeksjonsmiddel

### VÆR TRYGG PÅ AT HENDENE DINE ER RENE!

Med hånddesinfeksjonsmiddel dreper du 99% av mikroben på hendene dine innen 15 sekunder. Med håndvask må du bruke 30 sekunder for å oppnå samme effekt, men husk at helsepersonell bruker gjennomsnittlig 5-8 sekunder på en håndvask og da er hendene fremdeles skitne. Hånddesinfeksjon gir maksimal effekt! Vær nøye med å gni inn middelet også på fingrene, i din kontakt med pasientene.

### BRYT SMITTEKJEDEN





**Hans Knut Otterstad,**  
Norsk institutt for omsorgs-  
tjenester, Oslo

**Styringen av sykehjemsdriften bør skje ut fra objektive mål og ikke bare ut fra synsing og faglig skjønn.**

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Eldrebolegen  
Eldreomsorg  
Sykehjem

# Flere korttidsplasser gir økt sirkulasjon

På ti år økte eldrebefolkningen i Vestfold med 32 prosent mens sykehjemstilgjengeligheten sank med 26 prosent.

Hvorledes har kommunene mestret den økte etterspørselen etter sykehjems plasser? Hva har skjedd med tilgjengeligheten til sykehjem i denne perioden? På grunn av utviklingen av «eldrebolegen» har dette tiåret vært en utfordrende og krevende periode for den kommunale eldreomsorgen. Hovedfunnet i denne analysen er at eldrebefolkningen (definert som den gruppen som er 80 år og eldre) har økt med 32 prosent, mens tilgjengeligheten til sykehjem har blitt redusert med 26 prosent. Dette har medført en strengere prioritering av pasientene, noe som betyr at de som innlegges har blitt sykere og mer hjelpetrengende. Dødeligheten i sykehjem har økt med 18 prosent.

## Flere korttidsplasser

For å unngå permanente køer har kommunene i Vestfold vært nødt til å omstrukturere driften ved å øke tilbudet av korttidsenger på bekostning av langtids plassene. Dette har bidratt til at sirkulasjonsfaktoren i sykehjemssystemet har blitt opprettholdt selv

om gjennomsnittspasienten har betydelig større pleietyngde.

Eldrebolegen i Vestfold har nå kommet opp på sitt toppnivå, før den «Andre eldrebolegen» starter rundt år 2015–17. Det er derfor viktig å trekke lærdom av den utviklingen som har funnet sted, slik at køer kan forebygges og en effektiv behandlingsskjede kan opprettholdes, også i situasjoner med meget sterkt press på behandlingsapparatet. En viktig konklusjon er at styringen av sykehjemsdriften bør skje ut fra objektive mål og ikke bare ut fra synsing og faglig skjønn.

## Hensikt med undersøkelsen

Denne undersøkelsen sikter mot å kartlegge de viktigste sidene ved sykehjemsdriften i et geografisk lite fylke som har lav dekning av sykehjems plasser i forhold til eldrebefolkningen.

I perioden 1995–2005 økte eldrebefolkningen i Vestfold fra 8207 til 10896 personer, det vil si med hele 32 prosent. Ifølge befolkningsframskrivningene til Statistisk sentralbyrå vil toppunktet komme i 2009, og det

er forventet at antallet personer i eldregruppen i Vestfold vil vokse til rundt 11000 innbyggere. Vestfold er sammen med Østfold, Buskerud, Telemark og Nord-Trøndelag de fylkene i Norge som har desidert lavest sykehjemsdekning. Av den grunn bør en kunne lære mye om sykehjemsdrift ved å studere hva som skjedde i et fylke i en tiårsperiode da behovene økte raskt samtidig som sykehjemsdekningen lå lavt.

Hovedspørsmålene er:

- Hvilke strategier er benyttet for å mestre denne utfordringen?
- Er utviklingen akseptabel vurdert fra et faglig synspunkt?
- Hvor store er forskjellene mellom kommunenes sykehjemsdrift etter denne utfordringen?

For å svare på disse spørsmålene trengs det data som beskriver dekningsgrader, pasientstrømmer inn og ut av sykehjemmet, og tall for dødeligheten i sykehjemmet. Følgende hypoteser vil kunne være mulige forklaringer på utviklingen:

**1:** Dersom tilbudet av senger holdes lavt, må pasientsirkula-



ELDRE I KØ: Vestfold er en av fylkene i Norge med desidert lavest sykehjemsdekning.

sjonen holdes på et høyt nivå dersom en skal unngå en permanent kø.

**2:** Mange undersøkelser viser at det mest effektive tiltak for å skape en tilstrekkelig høy pasientsirkulasjon er et større tilbud av korttidssenger. I tillegg må disse plassene ikke blokkeres av langtidspasienter.

**3:** Når tilbudet av plasser er så lavt som i Vestfold er det helt nødvendig at utvelgelsen av pasienter til langtidsplassene blir basert på strenge behovskriterier. Dette vil føre til at langtidspasientene vil være meget syke og hjelpetrengende, noe som igjen vil ledsages av høy dødelighet. Samtidig vil presset på langtidssengene forplante seg til korttidsplassene som også vil få en relativt høy dødelighet.

**4:** Med så korte avstander og gode muligheter for fagutveksling, slik det er for kommunene i Vestfold, bør det forventes en høy grad av ensartethet i sykehjemsdriften.

### Resultater og funn

**1:** *Eldrebefolkningen økte med 32 prosent på ti år, mens antallet sykehjemsplasser var det samme.* I 1995 som var innledningen til den siste fasen av «eldrebølgen» i Vestfold var det 8247 innbyggere, 80 år og eldre, og det økte til 10896 i 2005, det vil si 32 prosent. Sykehjemsdekningen ble redusert fra 19,0 plasser per 100

innbygger på 80 år og eldre i 1995, til 14,1 plasser i 2005. Det vil si med 32 prosent i løpet av en tiårsperiode. Og det må legges til at Vestfold hadde en lav sykehjemsdekning i 1995 sammenlignet med de øvrige fylkene i Norge.

**2:** *Antallet korttidssenger økte med 49 prosent mens sirkulasjonsfaktoren i sykehjemmene var konstant.*

I 1995 var det 1565 sykehjemssenger i Vestfold, og av disse var 192 korttidssenger. I 2005 var tallene henholdsvis 1540 og 286. Det betyr at antall sykehjemssenger var omtrent det samme, men mange langtidssenger ble konvertert til korttidssenger. Antall korttidssenger økte med hele 49 prosent i denne perioden, noe som var en fordobling av behandlingsskapiteten på dette nivået.

Sirkulasjonsfaktoren i sykehjemmet, som er det direkte mål for pasientstrømmen, var 3,76 i 1995 og 3,74 i 2005. I klartekst betyr dette at effektiviteten i pasientomsetningen var konstant i en viktig og krevende fase av «eldrebølgen» til tross for at sykehjemsdekningen ble redusert med 32 prosent.

Det er nødvendig med en kort forklaring av begrepet «sirkulasjonsfaktor». Dette er et dynamisk mål for den gjennomsnittlige pasientgjennomstrømmingen i en sykehjemsseng i løpet av en tidsenhet, og dermed et mål for sykehjemssystemets effektivitet i forhold til å motvirke køer.

## Sykehjemmene har tilpasset seg «eldrebølgen» ved å øke behandlingsskapasiteten i korttidsplassene.

Sirkulasjonsfaktoren er oppbygd slik: Antall sykehjemsplasser per 1.1 i et gitt år pluss antall utskrivninger i løpet av året dividert med antall plasser.

I 2005 var det 1540 plasser og 4226 utskrivninger og sirkulasjonsfaktoren ble dermed 3,74. Tabell 1 viser utviklingen av antall korttidsplasser, andel korttidsplasser og sirkulasjonsfaktor for kommunene i Vestfold i denne perioden. Tabellen dokumenterer store forskjeller mellom kommuner i samme fylke, noe

som i første rekke viser seg ved andelen av sykehjemssenger som er øremerket for korttidsopphold. I 2005 varierte denne andelen mellom 83 prosent og null. De sentrale helsemyndigheters norm for andel korttids-senger var 15 prosent, men selv i Vestfold, som er et fylke med en andel på nesten 19 prosent, var det åtte av fjorten kommuner som ikke hadde en slik fordeling. Til gjengjeld var det fire kommuner som hadde en andel på mer enn 25 prosent.

**Tabell 1. Oversikt over antall korttidsplasser, andel korttidsplasser og sirkulasjonsfaktor. Vestfold 1995 og 2005.**

Kommune nr.	Antall korttidssenger		Korttidssenger i prosent		Sirkulasjonsfaktor	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
1	46	40	22,8	28,2	4,44	3,81
2	2	5	2,9	9,1	3,15	3,33
3	33	64	13,2	19,9	3,80	3,21
4	33	48	12,3	18,4	3,66	3,83
5	25	46	7,4	14,7	3,51	4,13
6	7	4	16,7	8,0	3,29	3,82
7	14	4	29,2	7,4	4,90	3,83
8	3	0	9,7	0,0	3,52	2,81
9	5	20	16,7	83,3	8,00	8,58
10	2	12	5,3	31,6	3,63	2,87
11	5	14	15,6	32,6	3,81	5,07
12	12	23	9,0	14,7	3,44	3,33
13	2	3	5,9	12,0	3,59	3,84
14	3	3	12,0	10,7	4,44	3,14
VESTFOLD	192	286	12,3	18,6	3,76	3,74

Pasientstrømmen i sykehjemmene i Vestfold i 2005 var imidlertid relativt ensartet bortsett fra noen få unntak. Kontrastene er representert med kommunene 8 og 9 som er nabokommuner. Her var sirkulasjonsfaktorene 2,81 og 8,58, noe som betyr at sykehjemsdriften er helt forskjellig i disse kommunene. Kun to kommuner hadde en sirkulasjonsfaktor på under 3,0. Ut fra en helhetsvurdering kan en derfor trekke den konklusjon at pasientstrømmen i sykehjem i Vestfold var meget god til tross for lav sykehjemsdekning totalt sett.

**3: Dødeligheten i sykehjem har økt i denne perioden som et uttrykk for strengere inntakskriterier og dermed flere meget syke og hjelpetrengende pasienter på dette nivået.**

Dødeligheten i sykehjem i Vestfold økte fra 3,79 til 4,47 dødsfall per 100 pasientmåneder. Det vil si en økning på 18 prosent i denne perioden. Dødeligheten i sykehjem er et uttrykk for flere forhold, men først og fremst viser den sykkeligheten og indirekte også hjelpebehovene til de inneliggende pasientene. Det er en nøye sammenheng mellom dekningsgrad og dødelighet i sykehjemssystemet. I Vestfold ble tilgjengeligheten til sykehjem redusert med 26 prosent i denne perioden, slik at pasientutvelgelsen til langtidsplassene måtte bli meget strengere. Dermed har også dødeligheten økt.

I helsevesenet er det nesten

**Tabell 2. Dødeligheten i kort- og langtidssengene i sykehjemmene i Vestfold. Prosent av utskrivningen som skyldes dødsfall i 2005.**

Kommune nr.	Langtid	Korttid
1	80,0	15,8
2	100,0	10,3
3	78,8	9,0
4	85,9	10,8
5	80,8	7,0
6	100,0	10,3
7	90,9	4,6
8	17,9	-
9	0,0	9,3
10	100,0	10,3
11	90,9	14,0
12	78,0	3,3
13	80,0	8,9
14	87,5	5,8
VESTFOLD	77,1	9,2

alltid slik at etterspørselen etter behandling er større enn kapasiteten, noe som innebærer krevende prioriteringsoppgaver. Og i denne prosessen bør de pasientene som har størst behov komme først ved inntak.

Langtidsplasser i sykehjem blir som regel det siste oppholdssted før døden. Dødeligheten i sykehjem avspeiler dermed sentrale sider ved driften. Noen sykehjem har imidlertid også en

mer utbygd hospice-funksjon. I slike sykehjem blir dødeligheten høy av den grunn. Tabell 2 viser dødeligheten i kort- og langtidsavdelingene i 2005. Det er et relativt ensartet mønster for langtidsnivået. Her blir de fleste utskrevet som døde. Unntakene er de som overflyttes til andre institusjoner eller er feilplassert, og derved utskrives i live. Kommune nr. 8 har ingen korttidsavdeling og derfor fungerer langtidsavdelingene i dette

**Tabell 3. Dekning av korttidssenger iforhold til eldrebefolkningen i Vestfold 2005.**

Kommune nr.	Antall korttidssenger per 100 innbyggere 80 år+
1	3,37
2	1,02
3	3,35
4	2,39
5	2,00
6	1,69
7	1,23
8	0
9	5,75
10	5,04
11	3,85
12	2,33
13	1,49
14	2,04
VESTFOLD	2,62

sykehjemmet som en mellomløsning. Kommune nr. 9 hadde bare noen få langtidsenger og det var ingen utskrivninger fra disse i 2005, derved blir statistikken litt spesiell for denne kommunen. Dødeligheten i korttidssengene viser betydelig forskjeller. I Vestfold var det 826 dødsfall i sykehjem i 2005 og av disse fant 40 prosent sted i korttidssengene. Dette er et uttrykk for hvilket press det er på sykehjemssenger i denne fasen av «eldrebølgen». Når langtidsengene hele tiden er belagt med pasienter og det samtidig ikke skal være noen kø, vil korttidssengene være den eneste mulighet for å ta imot alvorlig syke eldre på kort varsel. Dette betyr økt dødelighet i korttidssengene.

**4:** Dokumentasjon av deknningen av korttidsplasser og tilgjengeligheten til sykehjem i forhold til eldrebefolkningens størrelse vil være de beste objektive mål for sykehjemsdriften i kommunene. Tabell 3 viser antall korttidssenger per 100 innbyggere som er 80 år og eldre i kommunene i Vestfold. Her er det en betydelig variasjon mellom kommunene, noe som er uttrykk for store forskjeller i synet på hvorledes et sykehjem skal drives.

Dekningsgraden varierer mellom null øremerkede korttidsplasser og 5,75 plasser per 100 innbyggere 80 år og eldre. Gjennomsnittet for Vestfold var 2,62 korttidsplasser. Et tilstrekkelig antall korttidsplasser, målt direkte slik som i Tabell 3, er

trolig et enkelt og brukbart mål for tilgjengelighet, men det er statistisk og måler kun de strukturelle forholdene ved sykehjemsdriften.

Det trengs derfor et mer dynamisk mål som også viser pasientsirkulasjonen i sykehjemssengene: I 1995 var det 52,4 utskrivninger per 100 innbyggere på 80 år og eldre, mens den hadde sunket til 38,8 utskrivninger i 2005, det vil si en reduksjon på 26 prosent når det gjelder tilgjengelighet. Konklusjonen er dermed at sykehjemmene har tilpasset seg «eldrebølgen» ved å øke behandlingsskapasiteten i korttidsplassene slik at sirkulasjonsfaktoren er like høy som for ti år siden. Pasientene har dessuten blitt tyngre og mer hjelpetrengende og krever dermed økt behandlingsskapasitet og flere liggedager enn tidligere. Sluttproduktet blir dermed 26 prosent redusert tilgjengelighet, både fordi målgruppen har blitt så mye større i løpet av denne tiden samtidig som det ikke var ledig kapasitet i behandlingssystemet i 1995.

#### Oppsummering og konklusjon

Denne analysen viser at det har skjedd store endringer både på etterspørsels- og tilbudssiden i eldreomsorgen i kommunene i Vestfold. Resultatene bør derfor brukes til å underbygge eller avkrefte de hypotesene som ble stilt opp.

**1:** Når det er lav sengedekning vil en høy sirkulasjonsfaktor være den eneste mulighet til å

unngå permanent kødannelse. I denne perioden ble sengedekningen redusert med 26 prosent mens sirkulasjonsfaktoren holdt seg konstant. Den var høy i Vestfold allerede i 1995, og en omstrukturering av driften med flere korttidsplasser har vært nødvendig for å opprettholde dette nivået.

**2:** Det viktigste tiltak som har blitt gjennomført i Vestfold har vært å øke andelen korttidssenger i sykehjem fra 12,3 til 18,6 prosent. Flere langtidsenger bidrar i meget liten grad til å øke tilgjengeligheten siden gjennomsnittlig liggetid er rundt to år for disse sengene i de fleste sykehjem. Dette betyr at virkningen av en økt dekning av langtidsenger blir merkbar kun på det tidspunkt når nye senger taes i bruk.

**3:** Statistikken for dødelighet i sykehjem underbygger hypotesen om at en lav dekning medfører økt dødelighet, ikke bare i langtidsengene, men i enda større grad i korttidssengene.

**4:** Det kanskje viktigste funnet er den store ulikhet i sykehjemsdrift kommunene i mellom innen samme fylke og endog mellom nabokommuner. Dette tyder på at historikk og innarbeidede rutiner har en sterk tendens til å vedlikeholde det etablerte driftsmønster. En får dermed en faglig tradisjon og et innarbeidet faglig skjønn som motvirker endringsprosesser. Punkt 2





Illustrasjonsfoto: Colourbox

**STRENG PRIORITERING:** De som innlegges på sykehjem er sykere og mer hjelpetrenge enn før.

viser at det har skjedd viktige endringer i Vestfoldkommunene, men ulikhetene synes å bestå i betydelig grad. Først og fremst gjelder dette for omfang og bruk av korttidssenger.

Hovedkonklusjonen er derfor at det er viktig med styringssystemer som innretter driften etter objektive måleparametere. De viktigste er nå relativt godt kjent:

– Andelen korttidssenger bør ligge på 15 til 20 prosent av sengene. Men det er bedre med et direkte mål. Her bør normen ligge på en dekning av korttidsplasser på 2,75 senger per 100 innbygger 80 år og eldre.

– Tilgjengeligheten av plasser bør være 35 til 40 utskrivninger fra sykehjem per 100 innbyggere 80 år og eldre i løpet av ett år. Kommunene bør måle sin drift ut fra disse to målene. De som ligger under disse verdiene har

en sub-optimal drift og bør først og fremst satse på å få bedre dekning av korttidsplasser, noe som vil bidra til bedre tilgjengelighet.

Svar på de tre spørsmålene som ble stilt innledningsvis:

**1:** I Vestfold har kommunene ikke satset på en utbygging av sykehjemmene som har «matchet» befolkningsutviklingen. De friske pengene som fulgte Handlingsplanen for eldreomsorgen i perioden 1998–2001, gikk først og fremst til omsorgsboliger.

**2:** Fordi det er forskjellig faglig oppfatning på behovet for sykehjemsutbygging, vil dette spørsmålet være vanskelig å besvare. Faglig sett er det meget prisverdig å bygge ut korttidsdelen av sykehjemmene når det er lav sykehjemsdekning og press

på sykehjemmet. Erfaringene fra Vestfold viser at dette er en effektiv strategi som også tar vare på de mest hjelpetrenge og sikrer dem plass i sykehjem når behovene melder seg.

**3:** Forskjellene mellom kommunene i samme område er trolig for store. Dette skyldes i hovedsak at styringen av driften ikke er basert på objektive kriterier, men i stedet på det etablerte faglige skjønn og rutiner som i stor grad bygger på den eksisterende lokale kulturen i eldreomsorgen.

#### LITTERATUR

1. Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg: hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 10: 1352-4.
2. World Health Organization (2004) Better Palliative Care for Older People. <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>. ISBN 92890 1091 6
3. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
4. Saunders C. The Evolution of Palliative Care. Journal of the Royal Society of Medicine 2001; 94 (9): 430-432.
5. Standard for palliasjon 2004. Norsk Forening for Palliativ Medisin. [http://www.palliativ.org./palliativ\\_innsats-konsens.htm](http://www.palliativ.org./palliativ_innsats-konsens.htm).
6. Kaasa S., Jordhøy M.S., Faksevang Haugen D. Palliative Care in Norway: A National Public Health Model. Journal of Pain and Symptom Management 2007; 33 (5): 599-604.

”Det kan godt være at det klør utvendig. Men selve soppen er innvendig.”



## 1-dags behandling av underlivssopp

**Canesten® 1-dags kombinasjonspakning** inneholder både en skjdestikkpille og en krem. Det er som regel ikke nok kun å behandle med krem utvendig.



Du bør også behandle soppen som finnes inne i skjeden med skjdestikkpille ellers kommer soppinfeksjonen lett tilbake!



Med bare én enkelt behandling fjerner skjdestikkpillen irriterende symptomer som kløe og svie i tillegg til at den kurerer infeksjonen. Canesten® selges reseptfritt på apotek. Les mer på [www.canesten.no](http://www.canesten.no)

**ETT PROBLEM MINDRE**

# Ny veileder snart klar

Frontene har vært steile i arbeidet med å finne frem til en felles, nasjonal standard for livsavsluttende behandling.

Den lenge varslede veilederen for livsavsluttende behandling er ifølge Helsedirektoratet straks klar for en høringsrunde. Det har vært en lang vei dit, og veilederen har vært varslet som «snart ferdig» i flere måneder.

Ifølge kilder Sykepleien har vært i kontakt med, har grunnen til den langvarige prosessen vært uenighet både omkring hvilken plass jussen skal ha og hvem som skal stå som avsender for veilederen.

## Intern høring

Arbeidet med å få til en veileder startet i 2006. Bakgrunnen var den såkalte «Kristina-saken» ved Haukeland universitetssykehus som utløste en debatt om livsforlengende behandling. I denne saken var det strid mellom far og sykehuset om hvorvidt datteren skulle holdes i live eller ikke. Den nye veilederen

er ment å hjelpe helsepersonell å håndtere saker hvor det er tvil om en pasient skal få livsforlengende behandling.

Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har sammen med en arbeidsgruppe levert sitt arbeid til en intern høring i departementet.

Etter det Sykepleien kjenner til, har det oppstått uenighet både omkring eierskapet til retningslinjene, og om hvor stor plass jussen skal ha. Dette skal være grunnen til at arbeidet har tatt lengre tid enn planlagt.

## «Utnyttet»

Lege Jon Henrik Laake har overfor Tidsskriftet for Den norske legeføreningen kommentert at myndighetene har utnyttet Kristina-saken til å be et «utenforstående akademisk miljø» om å utarbeide retningslin-

KRISTINA-SAKEN tydeliggjorde behovet for veiledning til helsepersonell i spørsmål rundt livsforlengende behandling. Faksimile fra VG jan.06

jer. Han frykter at retningslinjene vil føre til at medisinske beslutninger blir flyttet fra legespesialisten til det han har omtalt som «tverrfaglige kollokviegrupper».

## Nasjonal veileder

Ifølge Jan Sigurd Rønnes i Helsedirektoratet, er det nå like før resultatet kan sendes ut på høring. – *Blir dette en nasjonal veileder som Helsedirektoratet har eierskap til?* – Ja, når vi sender det ut på høring, er det som en nasjonal veileder. – *Har det vært konflikter i prosessen med å komme fram til denne veilederen?*

– Dette har vært en bred prosess, med mange involverte. Det har vært forskjellige syn på hvordan de juridiske hensynene skal formuleres, samtidig som veilederen skal være pedagogisk og anvendbar i praksis.

– *Hva sier veilederen noe om?* – Veilederen sier noe om prosessen frem til det blir tatt en endelig beslutning om livsavsluttende behandling. Veilederen sier ikke noe om hvilken beslutning som skal tas, sier han.



# 1 av 3 sykepleiere vil bistå i livsavsluttende behandling

En spørreundersøkelse viser at en tredel av norske sykepleiere er positive til å bistå legen i livsavsluttende behandling, dersom de får lov til det.

Undersøkelsen er utført av Synovate på oppdrag fra Sykepleien. 185 sykepleiere er spurt, det vil si at svarene avspeiler norske sykepleieres holdning generelt, pluss minus fem prosent.

## Positive unge

De yngste sykepleierne er mest positive til å bistå legen i livsav-

sluttende behandling. Halvparten av de spurte i denne aldersgruppen svarer ja på dette spørsmålet. De eldste sykepleierne er tilsvarende usikre, her svarer 46 prosent at de ikke vet om de ville bistått legen i slike tilfeller.

## Eldre usikre

Vel halvparten av de spurte er for å

avslutte livsforlengende behandling under helt spesielle omstendigheter – med den følge at pasienten vil dø. Også her er de yngste mest positive, 62 prosent av de spurte under 35 år svarer at de er for å avslutte behandlingen i spesielle tilfeller. 36 prosent av de over 50 år siter de er usikre på om de er for eller mot en slik behandling.

# Nei til lovfestet lav velstand

Landslaget for offentlige pensjonister (LOP) mener den nye alderspensjonen lovfester et prinsipp som over tid gir pensjonisten halv realvekst i forhold til lønnstakeren.



## Ny alderspensjon

Stortinget vedtok i mai 2005 og april 2007 hovedtrekkene i ny alderspensjon i folketrygden. Og i januar 2008 sendte Arbeids- og inkluderingsdepartementet på høring forslag til oppfølging av Stortingets vedtak, og utkast til nye lovbestemmelser med frist 28. april.

Høringsnotatet og uttalelsene fra høringsinstansene vil danne grunnlaget for en lovproposisjon, som etter planen vil bli fremmet i løpet av 2008.

Høringsuttalelsene finnes på: [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) -> Arbeids- og inkluderingsdepartementet



## LOP

Landslaget for offentlige pensjonister (LOP) ble stiftet i 1939 og er den eldste offentlige pensjonistorganisasjonen i landet. Organisasjonen har i dag vel 16 000 medlemmer. Norsk Sykepleierforbund har inngått samarbeidsavtale med LOP, og organisasjonene møtes jevnlig for å diskutere aktuelle problemstillinger.

LOP er svært kritisk til Arbeids- og inkluderingsdepartementets forslag til ny alderspensjon i folketrygden.

«Det er ikke behov for eller ønskelig å redusere den generelle pensjonsalderen til 62 år som den nye ordningen i realiteten synes å gjøre. LOP ser det som mest fornuftig å beholde gjeldende fleksible pensjonsalder fra 67 år og i den sammenheng videreutvikle et pensjonsopplegg som fullt ut ivaretar nettopp de – som uansett alder – er «ferdige med arbeidsdagen», heter det i høringsuttalelsen.

### Fratatt rettigheter

LOP finner det videre helt uakseptabelt at pensjonistorganisasjonene ikke lenger på forhånd skal delta i drøftinger om regulering av grunnbeløpet i folketrygden, og at pensjonen i framtiden skal justeres med en lavere proSENTSATS enn gjennomsnittlig lønnsvekst.

«Reguleringen av alderspensjon

har om lag fulgt lønnsveksten, men er nå foreslått lovfestet til generell lønnsvekst fratrukket 0,75 prosentpoeng. Det er utrolig at Stortinget lovfester å dele Norges befolkning i en A-gruppe (lønnstakere) som fullt ut får del i velstandsutviklingen, og en B-gruppe (pensjonister) som prosentvis får ta til takke med halv velstandsutvikling», heter det i høringsuttalelsen.

– Regjeringen blir nødt til å revurdere forslaget og likestille pensjonister og yrkesaktive, er meldingen fra LOP-leder Eli Vinje.

### Usosialt system

Levealdersjustering er et usosialt prinsipp som i særlig grad rammer arbeidstakere innenfor tradisjonelle kvinneyrker, mener LOP.

Organisasjonen begrunner dette med at forskjellen i pensjonsnivå som vil oppstå mellom sliten arbeidstakere som må fratrukke ved 62 år og arbeidsuføre som kan utsette

pensjoneringen til 70 år og seinere blir uakseptabelt store.

### Pensjonsopptjening

LOP reagerer også på reglene for pensjonsopptjening.

«Alleårsregelen vil forsterke i stedet for å dempe skjevheter som kan fjernes gjennom balansert omfordeling. For aktuelle grupper, som for eksempel omsorgsyrkene, er det nødvendig med og rettferdig med en utvidet godtgjøring i form av oppgradert pensjonsopptjening», ifølge LOP.

Organisasjonen reagerer også på at studietid ikke kvalifiserer for pensjonsopptjening:

«Det er viktig for nasjonen at studietid verdsettes og aksepteres som likeverdig med pensjonsgivende lønnsinntekt og at normert studietid kvalifiserer for pensjonsopptjening.»

Ikke alle veier til et sunnere liv  
er like lette som man skulle ønske...

Fornuftig kosthold er et av flere  
nødvendige valg.



Foto: Studio 5



Kavli Magerost - mindre fett og mye smak!

Alle liker 

# Suksessterte!

Ingrediensene for å bli en god sykepleier er mange. Her er oppskriften til årets sykepleiere:

1 dose godt humør  
2 deler samarbeidsevne  
1 stor slump erfaring  
3 lass engasjement.

Bland sammen og smak til med ansvar og pågangsmot

Lovordene er mange om årets sykepleiere. Flere fylkeskontorer delte ut prisen i forbindelse med markeringen av Den internasjonale sykepleierdagen i mai. En av dem som har alle egenskapene som skal til er May Helen Skaftason. Hun ble årets sykepleier i Oppland for sin innsats ved rehabiliteringsavdelingen på Gjøvik, Sykehuset Innlandet.

Skaftason forteller at prisen kom svært uventet, men at hun setter veldig stor pris på en slik oppmunt-ring.

– Etter 35 år som sykepleier er det klart at denne prisen er veldig inspirerende for videre engasjement, sier hun.

## Kroppskunnskaping

Det er nettopp hennes glødende engasjement for de kronisk syke og deres familier som har bidratt til at hun har fått prisen. Juryen skriver blant annet dette: «De siste årene har hun vært en fakkeltærer og pådriver for å bringe forskning inn i avdelingen». Hun forteller at hennes engasjement for prosjektet Kroppskunnskaping startet etter å ha hørt et foredrag av sykepleier og dr. polit Kristin Heggdal for fem år siden.

– Hennes presentasjon av sin doktorgrad traff meg midt i hjertet, sier Skaftason.

Hun ble så imponert at hun kontaktet Heggdal året etter. Resultatet av det har blitt at et tverrfaglig team ved avdelingen har deltatt i et fire år langt samarbeid med Heggdal, og vært med på å utvikle et forskningsbasert lærings- og mestringsprogram.

Prosjektet tar utgangspunkt i pasientenes egne erfaringer og synspunkter på å være langvarig skadet eller syk, sett i relasjon til øvrig medisinsk viten. På den måten er dette prosjektet unikt, og Skaftason håper



PRiset: May Helen Skaftason fikk prisen som årets sykepleier i Oppland for sin innsats for kronisk syke og deres familier.

det på sikt kan bli en internasjonal modell.

– Gjennom samarbeid med Heggdal har jeg fått være med på å prøve ut og evaluere disse verktøyene. Vi trenger flere gode kvalitetsverktøy til behandling av denne pasientgruppen, og jeg har derfor sett på arbeidet som min lidenskap.

Evaluering av prosjektet har gitt svært positive resultater. Pasientene viser klar økning i trivsel, mestring og livskvalitet.

## Stort engasjement

Skaftason mener det er veldig viktig å være nysgjerrig på ny kunnskap.

– Vi må hele tiden huske på at det er vi som selv er sykepleiere som må være med på å utvikle faget videre. Det er viktig at vi alle er med på å gjøre faget bedre, konstaterer hun.

## Flere vinnere

I Nord-Trøndelag fikk kreftsykepleier **Tove-Brith Jakobsen** ved

gynekologisk avdeling, Sykehuset Levanger prisen for sin innsats for kreftpasienter. **Nina Føreland**, avdelingsleder ved sykehuset i Kristiansand, fikk sykepleierprisen i Vest-Agder blant annet på grunn av sitt engasjement for utvikling av faget og sykehuset. I Rogaland ble **Berit Kvam** ved Nedstrandtunet omsorgssenter i Tysvær premiert for sin evne til å ivareta den enkelte pasient. Hun deler prisen med **Hildegunn Lindaas** og **Astrid Håland** ved Bjørgene sykehjem i Hauge-sund. Sistnevnte to har utarbeidet et kompetansehevingsprogram som ifølge Haugesunds avis skal tas i bruk ved alle omsorgssentrene i kommunene. Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, **Siw Elisabeth Olsen** ved rehabiliteringsteamet på Salten Psykiatriske Senter på Nordlandssykehuset, fikk prisen for sitt engasjement for pasienter med kroniske psykiske lidelser. **Linda Hantveit** og **Nina Haveland Sleire**

er vinnere i Sogn og Fjordane blant annet for sin innsats for alvorlig syke, og utvikling av sykepleiertjenesten i Gulen kommune. I Vestfold gikk prisen til **Ragnhild Hatlestad** ved kirurgisk post ved sykehuset i Vestfold blant annet for å utøve yrket med høy etisk bevissthet- og standard. Vestfold har også tildelt **Ingunn Hjeltnes** i Barne- og ungdomstjenester i Larvik kommune prisen som årets leder. **Elisabeth Sagafoss** fikk lederprisen i Telemark for sin innsats både som sjefsykepleier på Betanien hospital, og som leder for studiedagene for anestesisykepleierdagene i 2007. Sykepleierprisen ved samme fylkeskontor fikk **Hilde Klopås** Husevold blant annet for å jobben ved å starte opp og utvikle geriatrisk rehabilitering på medisinsk avdeling, Blefjell sykehus. Leder for Forebyggende Helsetjeneste i Rælingen, **Karin Tviiberg**, har fått prisen som årets helsesøster av Landsgruppen av helsesøstre (LaH).

LEO January 2008. All trademarks mentioned belong to the LEO Group

Daivobet® -  
et førstevalg ved  
behandling av psoriasis!

Å føle velvære  
- også med psoriasis

LEO®

- Hurtig innsettende, god effekt<sup>1,2,3</sup>.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- Refusjon: § 9, pkt. 31
- [www.psorinfo.no](http://www.psorinfo.no)



LEO Pharma AS

Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge  
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01  
[www.leo.no](http://www.leo.no) [info.no@leo-pharma.com](mailto:info.no@leo-pharma.com)



**Daivobet®**  
calcipotriol/  
betametason dipropionat

Se godkjent preparatomtale side 90



Å lese er som å tenke med en annens hode i stedet for sitt eget.

Arthur Schopenhauer

## Bøker til trøst

Redaksjonen mottar mange bøker om det å miste en nær eller om selv å bli alvorlig syk. Det er lett å forstå behovet for å gi utløp for sorg, frustrasjon og kanskje også sinne og bitterhet, og noen ganger – i beste fall – forsoning, mellom to permer. Det å skrive kan være en måte å bearbeide den vonde opplevelsen på. Jeg er sikker på at det kan være godt for dem som har opplevd noe lignende å lese om andres erfaringer, og for fagfolk å bli minnet om pasientperspektivet.

Omfanget av denne typen litteratur vitner kanskje om et behov for slike bøker. På en annen side er grensen mellom den private og den offentlige sfære endret. Medias fokus på også vanlige menneskers privatliv har gjort noe med oppfatningen av hva som har allmenn interesse.

En brutal sannhet er at kvaliteten på denne litteraturen er svært varierende. Ikke fordi tematikken ikke er viktig (kanskje nettopp derfor?), men fordi det er følelser og erfaring som får forfatteren til å ta pennen fatt, og ikke nødvendigvis skriveevne eller (fag) kunnskap. Derfor får jeg noen ganger vond smak i munnen: Det er noe spekulativt, ikke fra forfatterens side, han eller hun er jo bare et offer for selve livet (eller døden), men fra forlagene. De må skjerpe seg og holde tunga rett i munnen. Mennesker i nød kan trenge å bli beskyttet mot seg selv.



Jussanne Dietrichson

## Forfatterintervjuet:

# Heia, dette klarer dere!

Da Knut E. Lauritzen fikk vite at hans nyfødte tvillinger hadde Downs syndrom, kunne han ikke skjønne hvorfor alle var så triste.



De enestående Downstvillingene er en personlig bok der forfatteren søker å nyansere samfunnets syn på barn som er litt annerledes enn andre. Den handler om Filip og Christoffer, nummer åtte og ni i en søskenflokk på ti. Knut E. Lauritzen har skrevet boken som en motvekt til mye traurig informasjon om Downs.

– Vi snakker om vanlige mennesker som i tillegg er omsorgsleverandører i særklasse, understreker han.

Da Lauritzen og kona Elly fikk vite at legene mistenkte Downs,

reagerte de med forundring. Ikke over det mulige syndromet, men over reaksjonene til dem de møtte. Alle var så triste og alvorlige. Selv fortvilte de ikke på noe tidspunkt.

– Med boken ønsker jeg å støtte og oppmuntre dem som har fått vite at fosteret de bærer eller barnet de har fått har Downs. Jeg vil rope: Heia, dette klarer dere, sier Lauritzen på telefon fra Stord.

Men også han har møtt motstand, i form av byråkrati. Derfor mener han det er på tide at Norge tar Lov om sosiale tjenester på alvor. Selv har han måttet kjempe for at Stord kommune skulle gi Filip og Kristoffer et tilrettelagt tilbud. Det gikk så langt at de delvis ga opp.

– Lov og regelverk er nydelig utformet, men praktiseres ulikt. Hva slags støtte man får, avhenger av geografi og kultur. Det må det bli en slutt på, mener han.

– Man må selvfølgelig gjøre vurderinger. Bor man i en liten kommune i Finnmark, kan man ikke forlange oppvarmet svømmebasseng for ett barn. Men er man alene med et barn med Downs, er det innlysende at man trenger avlastning. Da er det ikke mulig å «være på vakt» 24 timer i døgnet.

I boken skriver han om de mange rundene han og kona måtte

gå med hjelpeapparatet.

– Noen reaksjoner derfra på boken?

– Nei. Og jeg forventer egentlig ikke noen heller. Men hvis de skulle komme, kan jeg dokumentere alt jeg skriver. I virkeligheten var det verre, men vi valgte å tone det ned for å skjerme dem som jobber der.

– Hva tenker du nå om helsepersonells reaksjoner da dere fikk vite at tvillingene hadde Downs?

– Den gangen ble jeg kolossal overrasket. Nå forstår jeg det bedre. I forbindelse med utgivelsen av boken intervjuet Avis Nordland jordmoren som tok imot dem, selvfølgelig etter klarering fra oss. Hun fortalte at hun hadde sett mange mennesker i vår situasjon som hadde reagert irrasjonelt og vært oppløst i tårer. Når jordmoren beskriver møtet med oss, skjønner jeg at hun var usikker. Hun tenkte: Vil Filip og Christoffer få det bra? Hva skjer når de reiser hjem fra sykehuset? Sykehuspersonalet valgte en verste-fall-tenkning ut fra sin erfaring. Det var ikke helt selvsagt at det skulle gå bra med oss. For eksempel var begge guttene født med åpen ductus. De trengte ikke operasjon, men det visste vi ikke da.



## å lese i sommer

Anbefalt av  
**Ellen Beccer**  
Brandvold



Guttorm Fløistad.

### Kunsten å omgås hverandre

Minner om at ikke regelstyring og målstyring alene får dominere lederutøvelsen, men at verdistyring som dreier seg om holdninger, motivasjon og organisasjonskultur, ja, etikk i videste forstand, får en sentral plass.



Gro Johnsrud Langslet.

### Løft for ledere

En positiv måte å utøve ledelse på; ha blikket rettet mot løsninger istedenfor å grave seg ned i problemet.



Bente Marie Ihlen, Heidi Ihlen og Johann Olav Koss.

### Effekt. Falske smil & ekte ørefiker

Sykepleiere og spesielt sykepleieledere som leser denne boken og tar innholdet innover seg, vil klare å bli modige, tydelige og stolte.

Likevel kunne Lauritzen ønsket seg en nyansering.

– Som jeg skriver i boken, hadde vi kjent Filip og Christoffer i ni måneder. Vi hadde pratet med dem og sunget for dem. Vi var enormt nysgjerrige på dem, uansett hvordan de var. Kanskje kunne helsepersonell valgt en tilnærming som «Wow, nå bretter vi opp ermene. Dette skal gå bra». De kan velge en positiv vinkling og vise at livet med Downs ikke behøver å være ille. Nå vet jeg at helsepersonellet mente vel, men det ble helt feil i vår situasjon.

I dag er Filip og Christoffer ti år. De går på skole, leker med søsken og venner og gjør ting som tiåringer gjør. De vet om boken, og henter den gjerne fra bokhyllen når det kommer besøk. Men Lauritzen presiserer at boken og medieomtalen rundt ikke skal være noen belastning for dem.

– Men hvordan er det å skrive bok om noe så personlig?

– Et privilegium. Jeg opplever at Filip og Christoffer allerede har berørt så mange.

En nesegrus beundring for Guds daglige omsorg var også en viktig grunn for å skrive bok. Lauritzen forteller åpent om sin sterke tro, og om hvordan han ser at Gud virker gjennom tvillingene.

– Broren min påpekte at jeg har valgt en stil som gjør at de som ikke er enige med meg, ikke vil lese boken. Men noen av dem vil kanskje likevel lese den i smug? For meg var det maktpåliggende å skrive om vår takknemlighet til Gud, og mange mennesker lengter etter slike erfaringer. Jeg ville også slå et slag for familien. Barna våre har et sterkt og verdifullt indre fellesskap, og de andre åtte har profittert enormt på å leve sammen med tvillingene. Det gir dem andre perspektiver. Downs syndrom kalles også trisomi 21, jeg pleier å si det innebærer at de har en overvekt av empatisk genmateriale.

**Nå vet jeg at helsepersonellet mente vel, men det var helt feil i vår situasjon.**



## Knut E. Lauritzen

**Aktuell med:** De enestående Downstvillingene

**Utdanning:** Mekaniker- og sveiselære

**Yrke:** Mekaniker

**Bosted:** Stord

**Alder:** 54 år



## Skriver om mor

Doris Lessing, fjorårets nobelprisvinner i litteratur, skriver roman om moren som var sykepleier under første verdenskrig. Boken *Alfred and Emily*, som hun erklærer er hennes siste, er delt i to. Den andre halvdel er en biografi om hennes foreldre. Om moren sier Lessing til *The Daily Telegraph*: «Hun var godhjertet, men ufølsom. Å pleie de sårede må ha vært et helvete».

## Meget bra om syke gamle

**Anmeldelse:** Sykepleiere trenger spesialkunnskap for å kunne møte den eldre pasient på best mulig måte. Dette er en bok som gir ny innsikt.

Redaktørene har et bredt team av dyktige fagfolk med seg, og boken er bygget opp i fem deler. Del 1 *Fra gammel til geriatrisk pasient* omhandler sosiodemografiske data, inkludert etniske minoriteter, biologisk aldring og ulike aldringsteorier. Her er god informasjon om normal aldring. Del II *Overordnede prinsipper* er preget av solid kunnskap. Den gamles integritet, familie og helsefremmende arbeid blir fremstilt innsiktsfullt. Kapitlet om legemidler behandler et sentralt tema med viktig kunnskapsinnhold. I del III *Rammer og arenaer* blir aktuelle lover og etiske problemstillinger drøftet. Leserne får også innblikk i mer atypiske symptomer som kan oppstå når den eldre blir akutt syk

og hva spesialisthelsetjenesten kan tilby. Både hjemmesykepleie til eldre og pleie i sykehjem har hvert sitt kapittel. At disse pasientenes spesielle situasjon belyses er nyttig. I del IV *Helseproblemer* er sykdomslære og sykepleie nært integrert. De hyppigste psykiske og somatiske lidelsene som forekommer hos eldre er godt dokumentert, med oppdatert evidensbasert kunnskap. Del V omhandler *Omsorg i livets sluttfase*. Her har Peter Hjort med sin kloke penn omtalt sentrale tema i møte med den gamles siste dager. Boken avslutter med å skissere sykepleierens rolle og ansvar i forhold til å tilrettelegge og bistå i åndelige spørsmål og ritualer. Boken har navngitt mer enn 25 kartleggings- og vurderingsverktøy til ulike symptomer og lidelser, hvert av dem innenfor ulike tema som for eksempel smerter, ernæring, ADL, kognisjon og depre-

sjon. For geriatrisk sykepleie ville det vært enklere å bruke et mer altomfattende vurderingsskjema (Comprehensive Geriatric Assessment) som hadde integrert de viktigste områdene. Det er et håp at leserne av boken ikke bare fyller ut skjema, men lærer å systematisere og analysere data. Først da erverves god kunnskap som kan bidra til å øke livskvaliteten til gamle pasienter, spesielt til de som er i risikogrupper.

Boken er omfangsrik. Målgruppen er ikke spesifisert – forlaget vil favne bredt. Som lærer i sykepleieutdanningen lurer jeg på hvorfor sykepleielitteratur alltid er så ordrik? Det kunne vært kortet ned på generell sykepleie.

Helhetlig er dette en meget bra bok med god pedagogisk tilnærming som kan være nyttig å lese for sykepleiere som har daglig kontakt med pasienter som eldre pasienter.



### Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten

**Av** Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb, Anette Høyen Ranhoff (red.)  
*Gyldendal Akademisk* 2008  
519 sider  
ISBN: 978-82-05-35776-1

**Anmelder:** Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis

## «Psykatriens samfunn» – en dekkende tittel

**Anmeldelse:** Denne boken er resultat av en livslang erfaring som pasient. Først i somatiske sykehus som barn, hvilket på den tiden innebar mange brutale atskillelser fra foreldre. Så som voksen i ulike psykiatriske institusjoner, frivillig innlagt med diagnosen borderline. Stoffet er videreutviklet fra en hovedoppgave i sosialantropologi.

På det unnselige omslaget (nok en gang ikke påkostet stive permer) stilles spørsmålet: «Trenger psykiatrien erfaringsbasert kunnskap?» Etter å ha lest Berit Rustand er svaret et rungende ja.

Det var med en viss skepsis jeg gikk løs på boken. Dette både fordi egne erfaringer ikke nødvendigvis medfører skrivetalent, og fordi bøker basert på hovedoppgaver har en tendens til å være heftet med utallige fotnoter og tørt språk. Forfatteren gjorde mine fordommer grundig til skamme.

I tillegg til et godt og flytende språk, er hierarkiet i en psykiatrisk

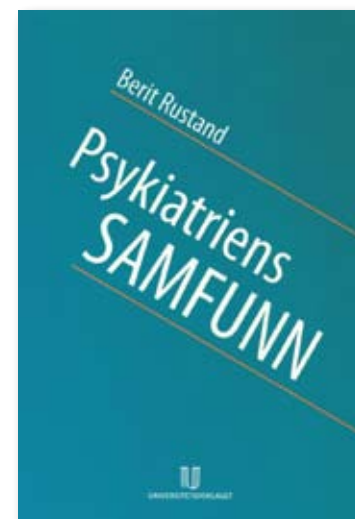
institusjon formidlet slik at det trefende kan overføres til samfunnet for øvrig. Derfor berører stoffet, uansett hvilken rolle man innehar. Hvem skal definere individets selvforståelse? Hva er sykdom, og hva er kulturforskjeller? Og hvem er egentlig premissleverandøren? Dette er tankevekkende lesning, og et opplagt supplement til tradisjonelle lærebøker i psykiatri.

Forfatteren byr ikke bare på egne opplevelser. Hun er en skarp observatør som gir oss et rikt innblikk i både medpasienters og ansattes situasjon. Vår forfatter er ingen ukritisk pasient, og ved flere anledninger må hun hjelpe sin (eller andres) hjelper på sporet. Disse episodene viser stor menneskelig innsikt, og kan gjennom sin konkretisering være et redskap for enhver som arbeider innen psykiisk helsevern.

De tre ulike institusjonene er anonymisert. Jeg tror likevel en og annen – pasient som helsearbeider – vil nikke gjenkjennende. Beskrivel-

sen av stedet «Fredheim» er ganske kostelig. Her beskriver Rustand sine bestrebelser på å kartlegge hvem som er ansatt og hvem som er pasient. For å si det kort: Etter noen feilnedslag fant hun ut av det. Til tross for den åpenbare smerten, er det mye humor i denne boken.

Et sted sier hun noe som sjelden settes ord på: «Man later som om den medisinske autoriteten ikke er der, når hvite frakker og stetoskoper rundt halsen legges vekk». Denne tilforlateligheten gjør ingenting tydeligere for Rustand. Hun vet gjennom sin lange erfaring så altfor godt hvor autoriteten ligger. Det har til og med vært episoder hvor hun lurte på om hun ble oppfattet som tungnem, siden personalet mente hun trengte så mange talerør mellom seg og legen. Hun er ikke tungnem, og hun tar imot den hjelp hun tilbys gjennom alle ledd. For støtten, kunnskapen og varmen er her heldigvis ganske gjennomgående. Men den største jobben er det hun selv som tar.



### Psykatriens samfunn

**Av** Berit Rustand  
215 sider  
*Universitetsforlaget*, 2007  
ISBN 978-82-15-01007-6

**Anmelder:** Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

**1ST CARE ER  
DET FØRSTE  
VIKARBYRÅET  
AV SIN TYPE**



Du kan bestille  
1st Care-vikarer på  
telefon 22 33 66 40  
hver dag mellom  
kl. 06.00 og 24.00

## **- ALLE VÅRE VIKARER ER SYKEPLEIERSTUDENTER**

Hos 1st Care skiller vi oss markant ut fra andre byråer fordi vi utelukkende bruker sykepleierstudenter som vikarer. Det sikrer at du alltid får en vikar med nøyaktig den kompetansen du har bruk for – og en vikar med høy motivasjon. Vi kan på meget kort varsel dekke vakter innenfor både sykepleie, hjemme-sykepleie og på sykehjem – over hele landet. Også i helger, på helligdager og i ferieperioder, hvor det kan være vanskelig å få vaktplanen til å gå opp. **Les mer om 1st Care på [www.1stcare.no](http://www.1stcare.no)**

# 1st Care

Sykepleierstudenter på vei til deg

# Effektiv sårbehandling av infiserte sår.



Digital illustrasjon



Digital illustrasjon



Digital illustrasjon



- AQUACEL® Ag bandasje har i in vitro studier vist bred antimikrobiell effekt inklusivt mot MRSA og VRE.<sup>1</sup>
- Effektiv antimikrobiell effekt mot vanlig forekommende sårpatogener i opptil 14 dager<sup>2\*</sup>
- I gelet tilstand former AQUACEL® Ag seg etter såroverflaten.<sup>3</sup>
- Signifikant mindre smerte ( P=.009 ) og ubehag ( P=.002 ) ved bandasjeskift sammenlignet med SSD krem ved behandling av pasienter med delhudsbrannskader.<sup>4</sup>
- Kan forfuktes med sterilt vann eller NaCl ved behandling av tørre sår.



For ytterligere informasjon se bruksanvisningen i pakningen.

\* In vitro

# Månedens bok

Av Herdis Alvsvåg og Oddvar Førland, 354 sider, Akribe 2007, ISBN 978-82-7950-120-6

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

## Bok som røsker

Et dannet menneske har en kritisk tilnærming til sin samtid, også til sykepleierfaget.

**Anmeldelse:** I denne antologien rettes et kritisk blikk mot sykepleierfaget og rammevilkårene som faget fungerer under, både i utdanning og praksis. Herdis Alvsvåg innleder med å ta for seg ulike kunnskapstyper som utdanningen og faget må finne det rette balansepunktet mellom. Utgangspunktet hennes er i stor grad oldtidsfilosofen Aristoteles. Hun gir en oversiktlig og grei fremstilling av de aristoteliske kunnskapsbegrepene. Disse kobler hun sammen med dyder og kunnskapsformer som påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Hun legger også stor vekt på begrepet *medskjønnere*, personer som bidrar til at det utøves et riktig skjønn, slik at handlingene blir kloke. Hun peker på viktigheten av kritisk tenkning og kobler det å være et dannet menneske nettopp til en slik kritisk tilnærming til vår samtid, oss selv og sykepleierfaget.

Boken er delt i fem. I første del er tema motivasjon og engasjement i sykepleieryrket. Her gjøres det rede for hva som motiverer, i hovedsak kvinner, til å bli sykepleiere og hvordan det postmoderne samfunnet påvirker sykepleierrollen. Det refereres til flere studier og forholdet mellom jobbverdier og verdiene som særlig preger dagens

helsevesen, effektivitet og økonomi og forsvarlighet, diskuteres.

Sammen med Oddvar Førland skriver Alvsvåg om hva vi kan lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen. De peker blant annet på høyskolenes utfordringer knyttet til å rekruttere motiverte studenter og organisering av utdanningen i enheter som gir studentene oversikt og tilhørighet til studiet. Når det gjelder studiets teoretiske innhold trekker de fram viktigheten av basalfagene og det å trekke disse inn i studentenes praktiske hverdag. Her er også en

interessant artikkel som presenterer funn fra StudData. Her svarer nyutdannede sykepleiere og leger på spørsmål om hvilken betydning kunnskapene i grunnutdanningen har for dem i deres arbeid.

En egen del i boken tar for seg studentenes læringsarena. En annen sykepleierens læringsarena.

Det legges stor vekt på praksis som læringsarena og betydningen av motivasjon, refleksjon og personlig egnethet. Alvsvåg gjør et po-

eng av at utvikling har blitt et mål i seg selv. Utviklingstenkningen er en ideologi tilpasset samfunnet og arbeidsmarkedet. Utvikling fremstår for henne som en tvang som ikke baserer seg på faglig trang. I en annen artikkel fremhever hun praksisfellesskapet som læringsarena og de utfordringene som arbeidsgivere og politikere her står overfor. For operasjonssykepleieren Grethe Dävøy er den personlige egnetheten vesentlig. Motivasjon og egnethet er nøkkelen til suksess for den gode sykepleier, mener hun.

I bokens siste del skriver Oddvar

sosiale dimensjon på en god måte og fremme en kritisk holdning til deler av utviklingstrekene i helsevesenet, gir artikkelen en god presentasjon av de nevnte tenkere. Boken er gitt en verdig avslutning med Kari Martinsen som reiser det evig viktige spørsmålet: Angår *du meg*? Selve grunnspørsmålet i menneskelige relasjoner, sykepleie og solidarisk samfunnsforståelse.

Det fagkritiske representeres først og fremst med de to redaktørens og Martinsens artikler. De øvrige artiklene er interessante gjennom hvordan de presenterer ulike studier, vektlegging av engasjement og personlig egnethet. Det er positivt at forlaget Akribe har gitt plass til en slik bok. Men jeg skulle ønske at den i mindre grad var rettet mot undervisere i høyskolene og i større grad i form og innhold var lagt mer til rette for sykepleierne i praksis. Det er de som utgjør praksisfellesskapet som fremheves som så viktig for de nyutdannende. Til tross for dette er dette en viktig bok. Og forhåpentligvis ikke den siste som røsker litt i de utviklingstrekk helsevesenet og samfunnet står overfor.

Førland om sykdomstilfeller, pasientfenomener og pasientgrupper som står i fare for å falle utenfor eller bli til overs i helsevesenet og sykepleien. Artikkelen er i likhet med den Kari Martinsen har skrevet til slutt, basert på dyp innsikt i viktig filosofisk, sosiologisk og etisk teori. I likhet med Martinsen baserer Førland seg på Knud E. Løgstrup, men bygger også mye på sosiologene Max Weber og Zugmunt Baumann. I tillegg til å synliggjøre sykepleiens

**Jeg skulle ønske at boken i mindre grad var rettet mot undervisere i høyskolene.**





## Hvilken sykdom handler romanen «Jeg lovet deg aldri en rosenhave» om?

Svar: Schizofreni



**Overgrep Søkelys på psykiatrien**  
Av Gro Hillestad Thune

### Med egne stemmer

**Omtale:** Pasienter og pårørende har ordet i store deler av denne boken. Det er nesten 70 beretninger av pasienter og pårørende som forteller om overgrep og krenkende behandling innenfor psykiatrien. Eksempler er langvarig isolasjon, utbredt bruk av skjerming og arrogant personale.

Forfatter og advokat Gro Hillestad Thune har jobbet med menneskerettigheter i mange år, og vurderer alle beretningene i lys av blant annet menneskerettsloven.

ISBN 978-82-79352-53-2



**En undersøkelse viser...**  
**Bruk og misbruk av meningsmålinger**  
Av Harald Hanssen-Bauer og Jon Gangdal

### Til å stole på?

**Omtale:** Ved hjelp av eksempler viser denne boken hvor lett det er å jukse seg til feil konklusjon – bevisst eller ubevisst. Den viser de vanligste feilene som gjøres når resultater av undersøkelser tolkes.

Boken er skrevet for studenter i journalistikk, samfunnsfag og mediefag, men kan kanskje også være nyttig for sykepleiere som stadig oppfordres til å forske og å bruke forskning? ISBN 978-82-02-26471-0



**Når krisen rammer barn og unge**  
Av Renate Grønvold Bugge

### Hjelp til å bistå

**Omtale:** Dette er en fagbok for dem møter barn og unge som opplever kriser og ulykker. Boken er blitt til på bakgrunn av forelesninger, foredrag, kurs, og er ment å være en håndbok. Den retter seg spesielt mot dem som er under utdanning, for eksempel til sykepleiere.

Renate Grønvold Bugge er psykolog, med lang erfaring med å bistå i krisesituasjoner og særlig kompetanse på barn og unges reaksjoner og behov.

ISBN 978-82-7634-634-3



**Helt alminnelig galskap**  
**En oppslagsbok over psykiske lidelser**  
Av Svein Andreas Ihlen Kjos og Ellen Wennevold Aas

### Vil fjerne tabuer

**Omtale:** Mennesker som er berørt av psykiske lidelser står fram i denne boken, som ifølge forlaget er en miks av letteste tekster, tallfakta, diagnoseforståelse og råd til pårørende. Blant annet er det stoff om angst, depresjon, psykoser, demens, personlighetsforstyrrelser og seksuelle avvik.

ISBN 978-82-05-35647-4

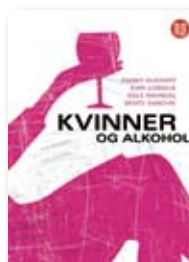


**Utviklingshemning og sorg**  
Av Sissel Bøckmann

### Å møte sorg

**Omtale:** Sorg ut fra utviklingshemmedes, pårørendes og tjenesteyters ståsted er hva denne boken belyser. Sissel Bøckmann har hovedfag i sykepleievitenskap og underviser til daglig ved vernepleierutdanningen på Høgskolen i Østfold. Hun skriver blant annet også om utviklingshemmedes spesielle behov i forbindelse med sorg og praktisk og individuell tilrettelegging av sorgarbeid. Boken er tilpasset studenter i syke- og vernepleie.

ISBN 978-82-02-28377-3



**Kvinner og alkohol**  
Av Fanny Duckert, Kari Lossius, Edle Ravndal og Bente Sandvik

### Også kvinner drikker

**Omtale:** Menn og alkohol er det skrevet mye om. Men hvordan bruker kvinner alkohol? Dette skal være en bok som problematiserer og avmystifiserer kvinners alkoholbruk, forfattet av tre fagpersoner og en akademiker, som selv har hatt alkoholproblemer.

Boken retter seg mot alle under utdanning i helse- og sosialfag, og som kan møte potensielle problemdrikkere.

ISBN 978-82-15-00868-4



## Hva leser du nå?

– Akkurat nå går det i krim og faglitteratur, sier André Grundevig, lederen av Barnesykepleierforbundet NSF.  
– I går ble jeg ferdig med *Falne engler* av Gunnar Staalesen. Ellers går det i all mulig faglitteratur som er relevant for videreutdanningen i barnesykepleie som jeg tar.

Men skal det slappes av går det i krim. Hva som helst. For eksempel Henning Mankell eller Jo Nesbø.  
– Jo mer forfylla og skilt en detektiv er, jo bedre liker jeg ham. Det er mitt dobbeltliv.

# Epidemiernes herjinger

Professor **May-Britt Ohman Nielsen** elsker å grave i gammelt kildemateriale. I boka *Mennesker, makt og mikrober* skriver hun om epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830- 1880.

## 1 Hvorfor har du skrevet denne boka?

– For å være helt ærlig så var det helt tilfeldig. Jeg har jobbet mye med medisin- og helsehistorie på 1800- tallet, og skulle egentlig gjort noe helt annet da jeg kom over et utrolig spennende kildemateriale. Historien i materialet var så fascinerende at jeg ikke klarte la være å skrive om det. Noen lyster kan man rett og slett ikke styre.

## 2 Hva liker du best ved boka?

– At den både er dramatisk og er en spennende fortelling. Under arbeidet med boken kom jeg tett innpå det 200 år gamle materialet. Det tilfører en helt ny dimensjon om menneskenes vilkår for helse, liv og død. I tillegg liker jeg boken fordi den viser en helt annen side av utviklingen av helsepolitikken i Norge. Den skildrer mangfoldet og ulikhetene i landet samtidig som den er mer internasjonalt orientert enn annen litteratur.

## 3 Hva synes du boka mangler?

– Det jeg savner mest er kart. Det er lite gode kart fra den tiden, og de er vanskelig å oppdrive. Dette førte til at jeg faktisk måtte droppe noe av materialet. I tillegg var det en utfordring å finne bilder, men det synes jeg ble bra til slutt.



## spørsmål til May-Britt Ohman Nielsen

## 4 Hvem bør lese boken?

– Bør? Det høres litt sko- leaktig ut. Men boken egner seg godt for folk som jobber i helse- sektoren. Den passer egentlig godt for alle fordi dilemmaer knyttet til epidemier fremdeles er relevant.

## 5 Hva er den siste fagboka du har lest?

– Som historiker og foreleser leser jeg jo masse. Men nylig leste jeg *Oppmålingen av verden* av Daniel Kehlmann. Den er kanskje litt på grensen mellom faglitteratur og skjønnlitteratur, men den var i hvert fall vanvittig morsom.

## 6 Og siste skjønnlitterære?

– Hm. Jeg sitter nå og forbereder en guidebok i anledning Wergelandsåret. Derfor har jeg lest Wergelands dikter om igjen som voksen. Det har vært en utrolig flott opplevelse. Wergeland var både kul og kompromissløs. Vil du høre et sitat jeg liker spesielt godt? «Gud oss befale at vokte jordens elskede hjerter». Han sto for mye som ikke passet inn i datidens samfunn. Dette er en viktig del av menneskeheten.

## 7 Hva inspirerer deg til å skrive?

– Hm. Jeg jobber jo med å formidle til studentene. Så skrivin- gen blir en naturlig forlengelse av dette. Det er en del av håndverket

liksom. Men helt siden oppveksten, hvor jeg ble fortalt eventyrene til H.C. Andersen, har jeg latt meg inspirere av gode historier. Det er jo gjennom fortellingene vi forstår oss selv og andre.

## 8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

– Marerittene kommer som regel når det nærmer seg deadline. Men jeg regner med at det ikke er de drømmene du er ute etter? Jeg har veldig lyst til å skrive Norges historien. Her ville jeg prøve å få med litt mer av mangfold og menneske- lighet i historien. Det fascinerende ved folks historier har lett for å forsvinne i slike bøker.

## 9 Blir du rik av boken?

– Å nei, jeg går nok neppe med noe økonomisk overskudd. Jeg har ikke som mål å bli rik. I forbindelse med boklanseringen har jeg reist en del rundt. Jeg setter veldig stor pris på når folk kommer bort og snakker med meg. Det er positive tilbakemeldinger fra leserne som gjør at jeg føler meg rik, ikke mynter som klirrende i lomma.

tekst **Turid G. Spilling**  
foto **Fædrelandsvennen**

# Oftest tvang mot høygravide

Kvinnelige rusbrukere er overrepresentert på tvangsstatistikken, ifølge Landsforbundet mot stoffmisbruk.

Hvert år må opp til 50 gravide rusmisbrukere tvangsinnlegges. Innleggelsen skjer vanligvis sent i svangerskapet.

Dette kom frem på en konferanse om tvangsinnleggelse av rusmiddelavhengige i institusjon, arrangert av fylkesmannen i Oppland og Hedmark, i samarbeid med Østnorsk kompetansesenter.

Ifølge Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS) fattes det mellom 100 og 150 tvangsvedtak i året gjennom lov om sosiale tjenester (LOST). Dette tallet er relativt stabilt fra år til år.

## En av tre gravide

Omtrent en tredel av disse vedtakene fattes overfor gravide rusavhengige, og de fleste blir omfattet av tvangsinnleggelse forholdsvis sent i svangerskapet. Ifølge LMS brukes tvangsvedtak etter lov om sosiale tjenester generelt oftest overfor kvinner og overfor narkotikadominert rusmisbruk.

## Kvinner overrepresentert

Tvangsanvendelsen speiler ifølge foreningen ikke rusbrukerne særlig godt, i forhold til type rusmiddel, antall brukere og kjønn.

– Det er bare en liten del av dem som oppfyller vilkårene for tvangsanvendelse som blir innlagt, og kvinner er sterkt overrepresentert i forhold til deres antall av rusavhengigpopulasjonen, ifølge LMS.

## Dobbeldiagnose

– Generelt kan man si at en gruppe lite ressurssterke personer tvinges, det store flertallet berøres ikke av anvendelsen av tvang gjennom LOST. Kvinner og narkotika er stikkord for den tvangsanvendelse som forekom-

mer, mener LMS.

De fleste tvangsinnleggelse skjer etter lov om psykisk helsevern. En del av disse tvangsinnleggelsene dreier seg om personer med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri.

## Sveitsere gransker NSF

Er Sykepleierforbundet skikket til å ta imot penger fra Norad? Ja, mener sveitsiske SGS.

For å drive sine bistandsprosjekter mottar Norsk Sykepleierforbund (NSF) i år 6 millioner kroner i støtte fra Norad. Nå har Norad hyret det sveitsiske firmaet SGS, som kvalitetstester organisasjoner verden over.

NSF er blitt spurt om å være pilotorganisasjon og har sagt ja. Nå har SGS utført sitt oppdrag.

### Ute etter pengene

– Vi har bestått med god margin, forteller Per Godtland Kristensen, internasjonalt sekretær i NSF.

Rapporten er ikke frigitt ennå. Først skal Norad og NSF møtes for å diskutere erfaringene med granskningen. Det skal skje før sommeren.

– *Hvorfor gjør Norad dette?*

– Det er en generell trend at det stilles krav til organisasjoner som mottar støtte. Vi har full forståelse for det, sier Kristensen.

– Vi er jo veletablert, men vi har sett at det også gis støtte til en del nyetablerte organisasjoner. I global sammenheng er floraen av ikke-statlige organisasjoner

enorm. Noen organisasjoner etableres kun for å motta penger. En av tre avvikles årlig.

### Får sertifikat

Hvis organisasjonene tilfredsstillers en serie krav, utsteder SGS et sertifikat for 12 måneder.

– *Det var ikke lenge?*

Nei, men det har vel sammenheng med at mange organisasjoner endrer seg fort.

Kvalitetskriteriene dreier seg om rutiner og systemer. Et eksempel er hva slags system man har for

årlig revisjon. Hvordan er økonomistyringen? Hva med personalforvaltningen?

Kristensen er godt fornøyd med resultatet som plasserer NSF i øvre firedel av alle som er vurdert i dette systemet globalt.

– *Hva var ikke godt nok?*

– At vi ikke hadde skriftlig dokumentasjon for alle rutinevåre.

tekst Marit Fonn



Uten parfyme. Uten farve. Uten  
smak. Uten konserveringsmidler.  
Uten tørre lepper.



# På veggen

Kunstneren Ståle Blæsterdalen lager arbeider i all slags materiale. I Follidal i Nord-Østerdal kan eldre som bruker bo- og servicesenteret glede seg over flere arbeider i tre.

Ved hovedinngangen i underetasjen finner vi en stor tavle på ca. 1 x 2 meter med mye symbolikk og mange detaljer (bilde til høyre).

– Symbolene, figurene og fargene på tavla gir oss mulighet til refleksjon og samtale, kanskje kan noen finne ro foran kunsten? filosoferer sykepleier Hilde Fridtun Øyen som jobber ved senteret.

På tavla finnes en rekke utsagn. «La til slutt alle erfaringer bli gode», «Den har erfart mangt som har fore langt» og «Den har ikkje seilt ille som har kome i god havn».

– Slikt kan være et godt utgangspunkt for samtaler med de eldre og til ettertanke for oss som skal gjøre dagene gode for disse som har levd livet på ymse vis, mener Fridtun Øyen.

– Jeg kjenner at det gjør godt at det er vakkert omkring oss i hverdagen. Dette er tredimensjonale kunstverk som innbyr til nytelse og refleksjon. Og til å bruke fantasien!

Kunstneren Ståle Blæsterdalen er folldøl og bor på Tretten i Gudbrandsdalen. Han er en anerkjent kunstner som stadig har separatutstillinger og er innkjøpt av større gallerier.

tekst **Barth Tholens** foto **Hilde Fridtun Øyen**



Ved hovedinngangen har Ståle Blæsterdalen laget en båt som velkomsthilsen til besøkende.

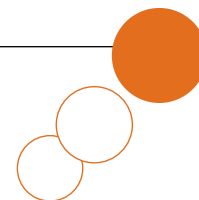
KUNSTNER: STÅLE BLÆSTERDALEN  
TAVLE VED HOVEDINNGANGEN  
FOLLDAL BO- OG SERVICESENTER, FOLLDAL

Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget? Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. [barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)



يا  
الله  
يا  
الله

den har  
erhart mangt  
som har  
fore langt



# Etterlyst: Smarte hoder

Sykepleiens Smartpris 2008 er i gang! Totalt 250 000 kroner skal fordeles blant sykepleiere som har funnet fram til nye, smarte løsninger i helsetjenestene. Søknadsfrist: 1. september.

Sykepleiere som har fått smarte ideer, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell, kan nå søke om å få disse vurdert som mulige kandidater til Smartprisen. Det kan være løsninger eller praktiske innretninger som har gjort pleiejobben mer effektivt og som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenestene.

Også løsninger som ikke er helt ferdig utviklet er velkomne. Selv hvis ideen bare er inne i hodet ditt, kan den bli vurdert av juryen, bare den er god nok. Da er det imidlertid viktig at ideen blir godt begrunnet i en skriftlig søknad.

I år blir det delt ut fire priser. 100 000 kroner går til lesernes favoritt. 50 000 kroner går til henholdsvis «beste realiserte idé», «beste ikke-realiserte idé» og beste forslag fra kommunesektoren. Vinnerne på de tre siste prisene kåres av en fagjury.

Sykepleien samarbeider med KS og Innovasjon Norge om konkurransen. Sistnevnte kvalitetssikrer forslagene og veileder kandidatene som har forslag med et større (kommersielt) potensial.

Terskelen for å sende inn forslag er lav. Sykepleiere må være med blant de som har utviklet ideen, men de kan gjerne inngå i et team som består av flere andre yrkesgrupper. Erfaring viser at de beste ideene ofte utvikles i slike team.

Det er heller ingen forutsetning at løsningen skal representere høyteknologiske nyvinninger. Stålrøret som vant i 2006 var laget ved hjelp av teknikerne «i kjelleren» på Haukeland. Det var først og fremst selve ideen som var smart, kostnadsbesparende og praktisk.

## TIDEN OG VEIEN

- ▶ **1. september 2008:** Frist for innsending av forslag
- ▶ **November 2008:** Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien
- ▶ **Desember 2008:** Avstemning på sykepleien.no
- ▶ **Januar 2009:** Utdeling av Smartprisene

**1** Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris».  
**Frist 1. september 2008.**

**2** Med påmelding skal følge **en presentasjon** som bl.a. skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilken nytteverdi har ideen/løsningen?
- Hvilke andre fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?

- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)
- Det anbefales at det legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

**3** **Vurderingskriterier:**

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
- Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

**4** Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt. **Bidragene vurderes av en fagjury** som skal bestå av bl.a. helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsyttere vil få skriftlig tilbakemelding.



## Lesernes smartprisvinner 2007

Tone Anette Aase, Kirsten Ladegård og Nina Lindberg ved Barne-enheten, Rikshospitalet fikk ideen til perforerte kort i A6-format med kort og punktvis informasjon om forskjellige prosedyrer og rutiner i avdelingen. Sykepleiens lesere premierte ideen med 100 000 kroner.

## 50 000 kroner...

...gikk til Kari Jaastad Grov, Stord, som fikk prisen for beste urealiserte idé: «Kar-i-posen». 50 000 kroner fikk også Hilde Egge og Tordis Labraaten ved Bekkestua helsestasjon i Bærum for idéen «Samtalegrupper for skilsmissebarn».



# EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.<sup>1</sup>

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lakkemuskel

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kullumklorid. **Indikasjon:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.



# Er dette evidент nok?

Den evidensbaserte bølgen har for lengst skyllet over landets helsepersonell. Men er det et moteord som bare er politisk korrekt og ingen helt vet hva er? På en konferanse på Hamar undret man seg nylig over dette.



**SKEPTISK:** Leder av NSF's faggruppe for veiledere, Frank Oterholt, mener at overforbruk av ord som «evidensbasert praksis» er uheldig.

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) faggruppe for veiledere arrangerer fagkonferanse annethvert år. I år syntes gruppen at evidensbasert praksis var verdt et par dagers refleksjon og inviterte foredragsholdere som alle hadde et kritisk blikk på den såkalte evidensbevegelsen. Tittelen var «Faglighet og undring i evidensens tidsalder».

#### **Ingen tilhengere**

– Målet er å ha tidsaktuelle temaer som er relevante for fagfolk som arbeider med refleksjon og veiledning. Dette er et høyst aktuelt tema som berører oss, sier leder Frank Oterholt når han forklarer valg av tema.

– *Hvorfor fikk ingen tilhengere av evidensbasert praksis holde foredrag?*

– Fordi det finnes mer enn nok av dem ellers.

– *Men hadde det ikke blitt mer lærerikt med en debatt mellom tilhengere og motstandere?*

– Vi er ikke så opptatt av tilhengere og motstandere. Vi er opptatt av å belyse konsekvensene av tidsånden. Det er mange eksempler på at evidensbølgen påvirker refleksjonens vilkår.

– *Som for eksempel?*

– Metodisk kan deler av coaching-bølgen være et eksempel. Her søker man raske løsninger, basert på «prestasjon». For idrettsutøvere kan det fungere utmerket, men neppe i alle former for yrkesutøvelse. Et annet eksempel er internt i NSF hvor de yrkesetiske retningslinjene også har tatt opp i seg begrepet kunnskapsba-

sert praksis, uten at man klargjør om det kun er evidensbasert kunnskap man snakker om. Et tredje eksempel er Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Her lager man til og med en master i en metode. Det er ganske spesielt.

#### **NSFs rolle**

NSF har som mange av helsevesenets aktører trykket evidensbevegelsen til sitt bryst. På landsmøtet i november ble det blant annet delt ut en bok til alle deltakerne: Kunnskapsbasert sykepleie.

– *Hva synes du om at NSF så klart har tatt stilling i dette spørsmålet?*

– NSF har avgjort oppfattet evidensbølgen. Ut fra vårt ståsted ønsker vi en nyansert og god dialog omkring dette. Nå er jo nettopp «kunnskapsbasert praksis» tema for årets sykepleiekongress, så vi får vente og se om det her legges opp til en slik dialog. Såkalt evidensbasert praksis er etter mine begreper et ord som ofte «henges på», kanskje fordi det er politisk korrekt. Et overforbruk av slike ord er uheldig, etter min mening, sier Oterholt.

På de neste sidene kan du lese hva tre av foredragsholderne tenkte høyt mens de var på Hamar.



## **Evidensbasert praksis**

Evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis er å bruke den best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap integrert med kliniske erfaringer og brukerens verdier og preferanser i beslutninger om helse spørsmål.

**Uenigheten:** Alle er enige i at det er bra å være kunnskapsbasert, men kritikerne frykter ensidighet i kunnskapsproduksjonen ved at én type forskning regnes som bedre enn annen type forskning. Evidensbasert medisin rangerer forskningsmetodene etter hierarkisk modell. Her troner den dobbeltblinde randomiserte studien på toppen som gullstandard.

Les mer: En tredelt oversiktsartikkel om hvordan du blir evidensbasert finnes i Sykepleien nummer 1, 2007, og er tilgjengelig på bladets nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no). Her finnes også en kritisk artikkel fra Kari Martinsen og Jeanne Boge: «Kunnskaps hierarkiet i evidensbasert sykepleie». Martinsen har videre gitt ut en bok i 2005 på Akribe forlag: «Samtalen, skjønnet og evidensen».

# – Evidensialismen

## – en totalitær ideologi

Professor Kari Martinsen liker dårlig at sykepleierne dilter etter legene og omfavner evidensbasert kunnskap som den eneste rette. Hun synes det hele ligner en ny isme: Evidensialisme.



ASSISTENTER: Kari Martinsen oppfatter sykepleiere som lydige omfavner evidensbasert praksis som legenes forskningsassistenter. Men hun minner om at det også finnes rom for ulydige sykepleiere. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

– «Evidensialismen» er en ideologi med visse totalitære trekk, sier Kari Martinsen.

– Totalitære trekk?

– Ja, det var kanskje litt sterkt sagt. Om den ikke er totalitær, er den i hvert fall fundamentalistisk fordi tilhengerne bare svarer kritikerne at «alt er med», sier hun og fortsetter:

– Hva den evidensbaserte kunnskapen ikke duger til, vil de ikke svare på. Begrepene evidensbasert kunnskap, praksis og medisin brukes om hverandre. «Evidensbasert» er dermed blitt et altomfattende og uangripelig begrep, en sekkebetegnelse med bare positive kjennetegn.

### Skjønnets forkastes

Kari Martinsen er professor ved Høgskolen i Harstad og Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen. Hun er både sykepleier, historiker og filosof, en sjelden kombinasjon som har resultert i at hun er en av Skandinavias mest kjente omsorgsfilosofer.

– Det er ikke noe galt med den evidensbaserte tenkemåte, men det blir et problem når det blir den store kunnskapen med stor K. Hva opererer man med når man taler om evidens? spør hun og svarer selv:

– Det er som oftest resultater framkommet gjennom statistiske og randomiserte forsøk hvor det gjerne er uproblematisk kort vei





fra forskning til praksis. Forskningen styres mot kliniske prosedyrer. Det blir en teknisk anvendelse av forskningen, ikke en hermeneutisk anvendelse, altså et samspill mellom spørsmål og svar og forståelsen kommer i tillegg. Skjønnets til sykepleierne blir dermed satt til side, og det mener jeg er galt.

Dessuten påpeker hun at det ikke er all forskning som egner seg til studier etter evidensbasert gullstandard.

### **Styring og belønning**

Martinsen oppfatter «evidensialismen» både som et belønningssystem og et styringsinstrument ved at det passer utmerket inn i dagens finansielle styringsmodeller i helsevesenet.

– Alt skal være kostnadsbesparende. Satt på spissen heter det ikke lenger «hvis det virker, er det riktig», men snarere «hvis det kan betale seg, er det riktig».

På den måten mener hun evidensbasert kunnskap med sine skjemaer, manualer og forenklinger av begrep er med på å premiere entydige, medisinske diagnoser.

– Spesielle lidelser kan falle utenfor, samtidig som det ikke vil betale seg å ta hånd om for eksempel gamle med flere lidelser.

– *Men er markedstenkning og evidensbasert praksis nødvendigvis to parhester?*

– De går i hvert fall veldig godt sammen. Kunnskapsbasert praksis

hadde aldri fått så stort gjennomslag hvis ikke offentlige myndigheter og profesjonen selv, representert ved Norsk Sykepleierforbund, var interessert i å støtte den.

Martinsen oppfatter dessuten kunnskapsbasert praksis som et problematisk begrep.

– Enhver profesjon har alltid vært basert på kunnskaper, det er jo et av profesjonens kjennetegn. Er det nødvendig å konstruere begrepet «kunnskapsbasert praksis»? Nå er det plutselig ikke flere kunnskapsformer. Kunnskapsbasert praksis likestilles med forskningsbasert praksis som igjen bygger på den evidensbaserte medisinske måte å arbeide på.

### **Lydighet og gjenstridighet**

Martinsen savner at den mer undrende type forskning hvor man kan ta feil eller ikke får noe resultat også skal bevilges penger.

– Når sykepleierne lydige omfavner evidensbasert praksis, viderefører de tradisjonen med å være legens assistent. Før var de pleieassistenter, nå er de blitt forskningsassistenter. Men sykepleiere er også ulydige i legenes klinikker, noen gjør også motstand.

Martinsen er nøye med å understreke at det finnes rom for gjenstridighet i den praktiske sykepleien:

– Sykepleiere kan etterspørre andre kunnskapsformer enn de som er knyttet til den evidensba-



LAV EVIDENS: Kari Martinsen synes det er betenkelig at de fleste sykepleierstudier blir vurdert til å ha lav evidens, og mener det kan skyldes at mange sykepleierfaglige problemstillinger vanskelig lar seg måle.

serte medisinen. Ikke for å erstatte disse, og heller ikke for å supplere dem, men for å gi et nødvendig perspektivskifte.

### **Bokholderi**

Professoren synes metoder får for stor plass i den evidensbaserte forskningen.

– Det har en tendens til å bli «bokholderi». Det legges for stor vekt på dokumentasjon, klassifiseringer og manualisering, slik at undring, spørsmål og tenkning får liten plass.

Disse tre stikkordene mener Martinsen hører med dersom forskning skal betegnes som forskning.

– De er også viktige i sykepleierens praktiske arbeid. Vi må lære

av erfaringene vi gjør i det daglige arbeidet i møte med pasienter og pårørende, og å skape erfaringskunnskap som nødvendigvis ikke er forskningsbasert.

Hun tenker at dersom vi forstår evidens som «kunnskap som er til å stole på», er også kunnskap vunnet ut fra konkrete situasjoner evidente.

Kari Martinsen synes tenkekurs er viktigere enn metodekurs.

– *Hva skulle man lært der?*

– Å spørre, undre, være ettertenksom og lese bøker som er en langsom tekst. Ikke bare hurtige forskningsresultater.



# Frykter gammeldags praksis

– Evidensbasert praksis passer godt for folk som er middels tvangsnevro-tiske, sier psykolog Tor-Johan Ekeland. Han frykter at evidensbølgen vil gi mer konservativ praksis og forskning.



LOBOTOMI: Lobotomi var i sin tid god evidensbasert praksis. Her fra England i 1947.



Tor-Johan Ekeland (bildet) er professor i sosialpsykologi ved avdeling for samfunns-fag og historie ved Høgskulen i Volda, og en kjent kritiker av det han kaller «evidensevangeliet».

Hovedankepunktet hans mot evidensforskningen er at det viktigste har blitt å dokumentere at noe virker, mens *hvorfor og i forhold til hva*, som er vitenskapens fremste mål å finne ut av, har kommet i bakgrunnen.

– Derfor har evidenskonseptet ført til en omfattende pseudovitenskapelig varedeklarasjon av metoder og tiltak, sier han.

Dessuten har professoren ikke klart å finne noen empiri for at evidensbasert praksis virker bedre enn annen. Derimot hører han ofte fagfolk si: «Det går bra fordi vi jukser litt».

– Men hvorfor passer dette så bra for tvangsnevrotikerne?

– Evidensretorikken forenkler kompleksitet og skaper illusjon om å ha kontroll gjennom metodebruk. Og tvangsnevroatikere er jo kontrollfrikere.

– Og hvordan kan praksisen bli mer konservativ?

– Praksis har alltid har vært eksperimentell og utprøvende. Det handler om å skape endring og da

må en dyrke håpet. Forskningen har vært etterprøvende. Her handler det om å dyrke tvilen for å finne viten om hva som er gyldig. En for streng evidensregulering tilsier nå at praksis skal underlegges forskning – forskningen skal komme først, deretter praksis.

## Styringsbehov

Ifølge Ekeland skyldes mye av evidensbevegelsens popularitet statens behov for å kontrollere hva statskassa skal brukes til.

– Vi må tilbake til middelalderen for å finne lignende eksempler på hvordan staten blandet seg inn, den gang via kirken, slik den har blandet seg inn i akademia-miljøet gjennom kvalitetsreformen, sier han.

Ekeland tar et historisk perspektiv når han forklarer hvordan det hele begynte: 1950-1980 var profesjonenes gullalder. Dermed begynte knoppsskytingen, de ble flere og flere og myndighetene fikk et styringsbehov fordi profesjonenes beslutninger genererte mange kroner i de offentlige budsjettene.

Så kom Thatcher, Reagan og New Public Management, som først ble latterliggjort her i landet. Fem år seinere var det stuereint. Nå har vi en effektivisering og standardisering av produksjonen, og man kan stadig snakke om at det er «krise» i sykehussektoren fordi styringsmodellene inviterer til det.

På 1990-tallet ble etikken mote, seinere på 1990-tallet kom evidensen.



AMBIVALENT: Rolf Sundet har et ambivalent forhold til det evidensbaserte.



## – Ja til jordbæråker

På disse årene har det skjedd en utvikling der administrasjon og byråkrati stadig vekk trenger seg inn i det kliniske rommet som tidligere har vært forbeholdt helsefaglig ekspertise og pasient.

– Før satt sykehusenes administrasjon på loftet. Nå er den rett utenfor det kliniske rommet og vil inn, sier Ekeland.

### Gammelt og nytt

Noe av det forvirrende med evidensretorikken er at ulike begreper brukes om hverandre. Ekeland ser evidensbasert kunnskap som et nytt begrep med gammelt innhold, mens evidensbasert praksis er helt nytt.

– Evidensbasert kunnskap er når en brukergruppe som får et bestemt tiltak i gjennomsnitt kommer bedre ut enn gjennomsnitt av tilsvarende gruppe uten behandling. Men problemet er at gjennomsnittspasienten ikke finnes. En slik logikk går greit i stabile, fysiske system, og delvis i biologiske system når variasjonen er kjent. Men for kommunikative metoder er slik kunnskap stort sett verdiløs, sier han.

Evidensbasert praksis mener Ekeland er når denne kunnskapen skal implementeres gjennom diagnoseutløsende prosedyrer, slik vi kjenner det gjennom for eksempel innsattsstyrt finansiering og DRG-koding.

– Skal du være evidensbasert i psykiatrien må du holde deg med evidensbaserte pasienter og unngå

rusproblematikk, innvandrere med traumer og så videre, sier psykologen.

### Etikk foran evidens

Ekeland synes det blir feil når evidensforskningen overfører medikamentmetoder til kommunikative relasjoner.

– Det er ille å se gode fagfolk med sju års utdanning og 30 års erfaring bli latterliggjort av unge byråkrater og forskere når de ikke klarer å svare på hvilke metoder de bruker. Små tiltak kan av og til gi store virkninger og omvendt, fordi pasienten er helt suveren til å velge sin egen metode. Det som er bra for én kan være feil for en annen, sier han.

For sykepleierne er det verdt å merke seg at Ekeland frykter at omsorg som hittil har vært sett på som et fenomen som har verdi i seg selv, nå er i ferd med å bli spist opp av den instrumentelle evidensretorikken.

Det har tatt oss noen hundre år å bygge det opp, men det kan fort rives ned, for språket fanger oss, sier han, og legger til at psykologene og sykepleierne har slukt evidensretorikken i mye større grad enn legene, som har debattert temaet friskt i egne rekker.

– Små fagmiljøer som er usikre på sin egen identitet tør ikke å debattere like friskt, sier han og råder sykepleierne til å sette etikken foran evidensen når de er i tilvil.

Psykolog Rolf Sundet etterlyser en ny metafor i synet på forskning: Bort med pyramiden, inn med jordbæråkeren.

– Moteordet «Evidensbasert kunnskap» har feid over landet så man har blitt nødt til å forholde seg til det. Jeg er egentlig glad i mote. Problemet er at det blir så mye av det, sier psykolog Rolf Sundet.

Han har for tiden permisjon fra jobben på Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Buskerud i Drammen.

Han utdyper med et talende eksempel:

– Sægga bukser er for eksempel praktiske for dem som skal stå på brett. Men nå er det nesten umulig å få tak i trange bukser for oss som har trang til den slags utspjåking.

Derfor har han et ambivalent forhold til evidensbasert praksis.

– På den ene siden er det fascinerende og viktig, samtidig er det noe skremmende som får opprøreren i meg til å våkne.

Bildet av hierarki er pyramiden. Grunnmetaforen i evidensbasert medisin er derfor pyramiden hvor den randomiserte, dobbeltblinde, kontrollerte studien troner på topp som en ufravikelig gullstandard over det ypperste av det ypperste innen forskning. Men hvor blir det da av konteksten mellom behandler og pasient? Hvor blir det rom for å utforske det brukeren selv sier?

Sundet har bodd i Lier. Der vokser jordbærene godt. Han plantet i sin tid noen jordbærplanter med den følgen at etter noen år kom naboen og banket på døra for å takke ham for jordbærplantene som hadde funnet veien over til hans hage via utløpere. De hadde dannet et nettverk av knutepunkt forgreinet i hverandre. Sundet vil heller ha en jordbæråker enn en pyramide som symbol på de ulike forskningsmetoder.

– Da får man et heterogent kunnskapsbegrep. Det finnes et utall av forskningsmetoder som, avhengig av hva du skal forske på, alle kan være best egnet. Evidensbasert praksis må ikke bli toppen av pyramiden. Metoder må heller supplere hverandre i stedet for å bli sett på som motstridende, sier han.

Sundet mener at så lenge vi har «pyramidesynet», blir evidensbasert medisin en måte å styre forskningsmidler på, til de store randomiserte multisensterstudiene. Dessuten blir det lett å glemme at kvantitativ forskning også har en hermeneutisk virkelighet.

– De burde kurses i hermeneutikk når de driver og teller, sier han.



**Synnøve Madsen**  
operasjonssykepleiere ved  
Dagkirurgisk senter



**Julie Riis Henriksen**  
operasjonssykepleiere ved  
Dagkirurgisk senter



**Kolbjørn Kasin**  
overlege  
gynekologisk avdeling



**Randi Duesund**  
seksjonsleder  
Dagkirurgisk senter,  
Blefjell sykehus Kongsberg

**Mange kvinner opplever redusert livskvalitet på grunn av sin inkontinens.**

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**

Inkontinens  
Stressinkontinens  
Urgeinkontinens  
Smerte

# Operasjon ga bedre liv

85 prosent av dem som ble operert for inkontinens får det bedre etter inngrepet.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

TO METODER: De mest brukte operasjonsmetodene mot urinkontinens er TVT og TVT-O.

Pasienterfaringer etter inkontinensoperasjoner ved Dagkirurgisk senter (DKS), Blefjell sykehus, Kongsberg i 2005; en retrospektiv studie. Artikkelen omhandler kvinner som ble operert for inkontinens ved Dagkirurgisk senter, Blefjell sykehus, Kongsberg i 2005. Det ble utført to typer operasjoner; TVT (tensionfree vaginal tape) og TVT-O (tension free vaginal tape obturator system). Tilbakemeldinger fra pasienter om en del smerte etter hjemkomst gjorde at vi ville undersøke dette nærmere. Pasienterfaringer i forhold til smerte etter operasjon, og pasientenes tilfredshet med resultatet av inngrepet, lå til grunn for studien.

## Urininkontinens

Urininkontinens er en vanlig lidelse som forekommer hos 20–40 prosent av den kvinnelige befolkningen (1). Rundt seks prosent av kvinnene med denne lidelsen vil få behov for behandling for sine plager. Problemet øker i omfang med alder. Mange kvinner opplever redusert livskvalitet på grunn av sin inkontinens (2).

Stressinkontinens eller anstrenghetsinkontinens gir urinlekkasje i forbindelse med hoste, nysing, latter, hopping eller annen form for fysisk aktivitet. Stressinkontinens forårsakes av at urinrøret glir ned under bekkenbunnsnivå,

samtidig som det foreligger en for svak refleks i periuretrale sfinktermuskel (2). Urgeinkontinens er en ufrivillig lekkasje i forbindelse med, eller rett etter, en sterk trang til vannlating. Ved blandingsinkontinens opptrer stressinkontinens samtidig med urgeinkontinens (2). Hos kvinner som plages av urinlekkasje er fordelingen av stressinkontinens 50 prosent, blandingsinkontinens 40 prosent og urgeinkontinens 10 prosent. Blandingsinkontinens og urgeinkontinens øker med alder (2).

Det finnes ulike operasjonsmetoder for behandling av urinlekkasje hos kvinner. De mest brukte operasjonsmetodene per i dag, er TVT og TVT-O. Studier viser at 85 prosent av pasientene som får utført en TVT/TVT-O-prosedyre, får en vesentlig bedring av sine plager (3).

#### Operasjons- og anestesimetode

Ved en TVT-operasjon plasseres et bånd av kunststoff (prolene – uresorberbart) under vaginalslimhinnen som en permanent støtte under urinrøret. Båndet føres opp og ut på symfyen. Det strammes «akkurat passe» ved at pasienten hoster på kommando. Dette medfører at urin ikke lekker ut ved hoste, nysing, hopping og liknende. Det gjøres også peroperativ cystoscopi, for å se at blæren ikke er skadet i forbindelse med plassering av båndet (10).

TVT er brukt som operasjonsmetode ved sykehuset siden 1998. Ved DKS utføres operasjonen i TIVA-narkose (total intravenøs anestesi), og pasienten vekkes underveis slik at hun kan hoste når båndet strammes. I tillegg infiltreres lokalanestesi i innstikks- og utstikkssted for postoperativ smertelindring.

Høsten 2004 tok vi i bruk, som det første sykehus i Norge, en ny operasjonsmetode for stressinkontinens; TVT-O. Siden første halvdel av 2005 er TVT-O den mest brukte operasjonsmetode ved DKS. Ved TVT-O legges

båndet under vaginalslimhinnen, under urinrøret og tas ut på innsiden av lårene gjennom foramen obturatorius. Pasienten har ikke behov for peroperativ cystoscopi og inngrepet tar kortere tid enn TVT. Det benyttes samme anestesimetode som ved TVT. Postoperativt ser det ut til at pasienter som er operert med TVT-O har lettere for å tømme blæren tilfredsstillende, det vil si < 100 ml i resturin. Dette er i tråd med tidligere studier (9). Mulige årsaker kan være at blæren ikke irriteres underveis med gjentatte cystoscopier. Det settes heller ikke lokalanestetikum rundt blæresfinkterområdet (8,10).

#### Smertelindring

Begge operasjonsmetodene kan utføres i lokalanestesi alene, eller med sedering i tillegg, regionalanestesi (spinal) eller narkose. Vi har valgt TIVA narkose i kombinasjon med lokalanestesi. Pasientene i studien fikk lidokain 200 mg med adrenalin infiltrert i operasjonsområdet, for å redusere blødning peroperativt og som smertelindring. Ved bruk av lidokain med adrenalin oppnåes det lengre smertelindring enn ved bare lidokain (7).

Pasientene får hjemmebasert premedikasjon. De får tilsendt et skjema for utfylling om egen helsestatus som må returneres DKS. Anestesiologen doserer premedikasjon med skjemaet som grunnlag. Dette skjemaet er et godt arbeidsredskap. Pasientene får tilsendt resept på forhånd, slik at smertebehandlingen kan starte hjemme; 50 mg diclofenac (Voltaren) for de som tåler det, i kombinasjon med 1,5–2 gr. paracetamol. Kombinasjonen av diclofenac 50 mg x 2 og paracetamol 1 gr. x 4 i fire dager brukes også som postoperativ smertelindring. Individuelle tilpasninger er mulig.

#### Metode og materiale

##### Pasientgruppen

Det inngikk 54 pasienter i studien.

**Tabell 1. Smerteopplevelse etter operasjon (det ble brukt VAS-skala scoringer (0-10)).**

SMERTEOPPLEVELSE		TVT TVT-O		Total
		TVT	TVT O	
Ingen	count	3	2	5
	% within TVT TVT-O	28,0%	5,0%	10,0%
Litt	count	4	16	20
	% within TVT TVT-O	36,0%	39,0%	39,0%
Moderat	count	4	13	17
	% within TVT TVT-O	36,0%	32,0%	33,0%
Mye	count	0	10	10
	% within TVT TVT-O	0%	24,0%	19,0%
TOTAL	count	11	41	52
	% within TVT TVT-O	100,0%	100,0%	100,0%

en. 85 prosent hadde en ren stressinkontinens, mens 15 prosent hadde en blandingsinkontinens. Ingen av de inkluderte pasientene hadde ren urgency inkontinens.

Pasientene fikk på forhånd tilsendt en skriftlig invitasjon til å delta i et telefonintervju. Vi fikk respons på 52 av 54, en svarprosent på 96,3 prosent. De to vi ikke fikk svar hos, er utelatt i oppsummeringen av materialet. Intervjuene ble gjennomført i første kvartal 2006 av to operasjonssykepleiere.

Intervjuskjemaene er delt inn i to temaer: «Smerteopplevelse» og «Resultat av operasjonen». Det er utformet standard spørsmål for telefonsamtalen. Respondentene hadde mulighet til å komme med egne og supplerende kommentarer under telefonintervjuet.

#### Dataanalyse og statistikk

Dataene fra intervjuene ble analysert i statistikkprogrammet SPSS. Det er brukt uparet Student's *t* test og  $\chi^2$  test for å analysere forskjeller i resultat etter inngrepet, smerteopplevelse, lokalisering av smerte og postoperativ smertebehandling mellom TVT og TVT-O opererte pasienter. Signifikansnivå er satt til  $p < 0,05$ .

#### Resultater og diskusjon

##### Pasientpopulasjon

Gjennomsnittsalderen på pasientene var 53,8 år (yngste pasient 29 år – eldste 85 år), 44 prosent var i aldersgruppen 45–54 år. Det er inkludert 52 pasienter i studien; 11 fikk utført TVT operasjon og 41 ble operert med TVT-O. Tiden mellom operasjon og telefonintervjuet har variert fra 15 til 65 uker. Det gir et gjennomsnitt på 36 uker.

Inkontinensplagene var begrensende eller hemmende i dagliglivet for 79 prosent av pasientene. De ble spurt om hvor lenge de hadde hatt inkontinensplager før de kontaktet lege. 31 prosent hadde hatt problemer i inntil tre år før de søkte hjelp, og 20 prosent (hver femte kvinne) hadde hatt inkontinensplager i ti år eller mer.

##### Tilfredshet etter inkontinensoperasjon

Av pasientene som ble TVT-operert var 100 prosent «helt tett» eller «vesentlig bedre». I TVT-O gruppen anga 88 prosent den samme tilfredsheten. Vi fikk pasientutsagn som: «Dette skulle jeg ha gjort mye før, for jeg har fått et nytt liv!» Studien bekrefter dermed tidligere undersøkelser som viser, at 85 prosent har fått

**Tabell 2. Lokalisering av smerte postoperativt.**

HVOR VAR DET VOND?T?		TVT TVT-O		Total
		TVT	TVT O	
Innside lår/ned- over lår/lyske	count	2	36	38
	% within TVT TVT-O	18,0%	88,0%	73,0%
Mage	count	2	0	2
	% within TVT TVT-O	18,0%	0%	4,0%
Underliv/skjede	count	3	1	4
	% within TVT TVT-O	27,0%	3,0%	8,0%
Annet sted	count	1	0	1
	% within TVT TVT-O	9,0%	0%	2,0%
Ikke smerte	count	3	3	6
	% within TVT TVT-O	28,0%	7,0%	12,0%
Ikke svart	count	0	1	1
	% within TVT TVT-O	0%	2,0%	2,0%
TOTAL	count	11	41	52
	% within TVT TVT-O	100,0%	100,0%	100,0%

en bedring etter operasjon (3). *Smertes etter operasjon* Smerteopplevelsen i TVT-O gruppen var noe høyere enn i TVT gruppen. 73 prosent i TVT gruppen og 95 prosent i TVT-O gruppen opplevde smerte av ulik grad og intensitet. I TVT-O gruppen anga 24 prosent at de hadde mye smerte, mens ingen i TVT gruppen karakteriserte smertene som sterke (se tabell 1). Hvis vi sammenligner gjennomsnittlig smertescore i TVT gruppen (2,8) og i TVT-O gruppen (4,7) med en uparet t test, fikk vi  $p = 0.069$ . Dette kan tyde på høyere smertescore i TVT-O gruppen.

Pasientene ble spurt om de kunne lokalisere smertene. Vi hadde på forhånd definert områdene på spørreskjemaet. Ut fra de forskjellige operasjonsmetodene, ville det være naturlig at smertene lokaliseres på forskjellige steder.

Smertes på innside av lår/nedover lår/lyske ble rapportert hos 88 prosent av pasientene med utført TVT-O prosedyre, mot 18 prosent i TVT-gruppen (se tabell

2). I TVT-gruppen ble smertene lokaliserte til nedre abdomen/skjede hos 45 prosent av pasientene, mot 3 prosent i TVT-O gruppen (tabell 2). Når vi samlet pasientene med lår-/lyskesmerter og pasientene som hadde smerten lokalisert andre steder i to grupper, fant vi en klar signifikant forskjell mellom TVT og TVT-O opererte pasienter ( $p < 0,01$ ;  $2 = 21,4$ ).

Dataene peker i retning av at TVT-O opererte pasienter har en høyere smerteopplevelse enn TVT-opererte, og at smerter i lyske og lår forekommer i større grad hos TVT-O opererte. Det er i samsvar med andre gjennomførte studier etter TVT-O prosedyre (9).

#### Smertebehandling

Et viktig moment innen dagkirurgi er å gi tilfredsstillende smertelindring, slik at pasientene kan reise hjem samme dag. De må ha et tilrettelagt opplegg, slik at hjemreise og livet hjemme fungerer på en optimal måte.

## Over halvparten var smertefri innen en uke etter operasjonen

Pasientene ble spurt om hvordan smertebehandling etter operasjonen var, for å få svar på om vår «pakkeløsning» med diclofenac og paracetamol er tilstrekkelig for denne pasientgruppen.

Over halvparten (51 prosent) var smertefri innen en uke etter operasjonen. Etter fire uker var 81 prosent smertefrie, og 90 prosent hadde tatt opp igjen vanlige daglige gjøremål. Disse dataene støtter våre antagelser om at vi har en velfungerende smertebehandling i den postoperative fasen.

#### Konklusjon

TVT og TVT-O operasjoner er prosedyrer ved DKS, som fungerer godt i behandlingen av urininkontinens hos kvinner. Vår «pakkeløsning» med diclofenac og paracetamol gir pasientene god smertelindring postoperativt.

Smerten oppleves som større hos de TVT-O opererte. Disse kjenner smerte i lyske/lår i form av «gangspærre», noe som er hemmende i pasientens dagligliv.

*En stor takk til Guro Elbert for elektronisk behandling av data og statistikk og Hanne-Mari Schiøtz Thorud for god hjelp og veiledning underveis! Begge er ansatt ved FoU-avdelingen, Blegdals sykehus.*

#### LITTERATUR

1. Hem E. Urge- eller stressinkontinens. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126:2230
2. Vinsnes A. Urininkontinens. Oslo: Akribe, 2005.
3. Kuuva N, m.fl., Longterm results of the tensionfree vaginaltape operation in an unselected group of 129 stress incontinent women, Acta Obstet.Gynecol. Scand 2006; 85 (4): 482-7.
4. Kulseng-Hanssen S. The development of a national database of the results of surgery for urinary incontinence in women, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003; 110(11): 975-82.
5. Madsen S, Henriksen JR. Etterundersøkelse av TVT/TVT-O opererte. Nordaf Nyhetsbrev nr. 1 – 2005; 1: 18 – 20.
6. Pressemelding nr. 22 12.0506 Helse- og omsorgsdepartementet
7. Felleskatalogen 2006 (1048 – 1052).
8. de Leval J, Waltrengy D. New surgical technique for treatment of stress urinary incontinence TVT-Obturator new developments and results. Surgical Technology International 2005; 14: 212 – 14.
9. Latthe, PM, m.fl. Transobturator and retropubic tape in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 114(5):522-31.
10. Lose G, m.fl. Kirurgisk behandling af stressinkontinens, Ugeskrift for Læger 2004; 166(9): 804.



# NSF Unique

5,50%\* sparerente fra første krone

- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-



## Vil du vite mer?

Se [www.nsf-unique.no](http://www.nsf-unique.no) eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.



**Elsa Kaarbø,**  
høgskolelektor  
Høgskolen i Bergen,  
institutt for sykepleie

**Ettersom fokus var på de siste dager og timer, ble det både uetisk og praktisk umulig å intervju pasientene.**

# Bedre omsorg mot

Forbedringsprosjekt ved fire norske sykehjem hadde som mål å styrke tilbudet til døende pasienter.

Døden er trolig den største utfordringen pasient, pårørende og helsepersonell møter i sykehjemmene. Den er ofte forbundet med alvorlig sykdom, smerte og hjelpeløshet. Pasient og pårørende er i en sårbar situasjon som er krevende både fysisk og følelsesmessig. Gjennom forskning og forbedringsarbeid kan påkjenningene for pasienter og pårørende reduseres.

## Palliativ omsorg

Hvert år dør nærmere 20 000 pasienter i norske sykehjem. Det utgjør omtrent 40 prosent av alle dødsfall i Norge (1). Disse pasientene og deres pårørende får den omsorgen som til enhver tid kan tilbys på vanlige sykehjemsposter. Ytterst få får omsorg på palliative enheter som er spesielt rettet mot de siste dagene og timene. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har uttalt at alle har rett til lindrende behandling (palliative care) i livets sluttfase uavhengig av diagnose, tid og sted (2). Kvaliteten av omsorg som ytes på palliative enheter, skal kunne tilbys der pasient og pårørende er (hjemme, i sykehus eller på sykehjem). Pasienter skal ikke behøve å flytte til spesialavdelinger eller bli utsatt for unødvendige sykehusinnleggelse. Det innebærer blant annet at det til enhver tid skal være tilstrekke-

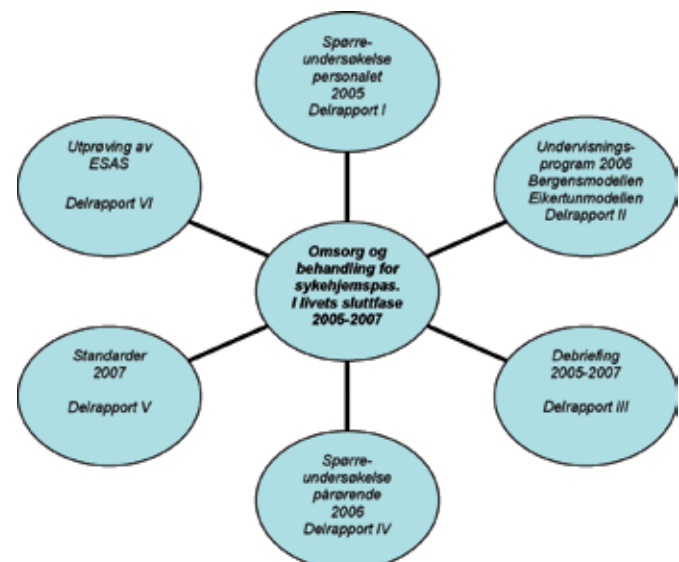
lig med kvalifisert personale i sykehjemmene.

## Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratet har tatt denne utfordringen og sier i Stortingsmelding nr. 25 at direktoratet skal, gjennom tilskudd, bidra til å styrke tilbudet innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt *utenfor* sykehus (3). Direktoratet vil prioritere prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi. Prosjektet som omtales i denne artikkelen, er et slikt prosjekt. Det er nå gjennomført ved fire sykehjem i Norge: Søbstad undervisnings-

sykehjem og Havstein sykehjem i Trondheim, Eikertun sykehjem i Øvre Eiker og Fyllingsdalen (nå Løvåsen) undervisningssykehjem i Bergen. Koordinator for gruppen har vært Liv Berven, leder for seksjon forskning og fagutvikling ved Løvåsen undervisningssykehjem.

Målet for prosjektet var blant annet å utvikle og utprøve en omsorgsmodell som kan brukes i alle norske sykehjem for å bedre tilbudet til døende pasienter og deres pårørende. Det arbeidet som gjennom mange år er gjort med bakgrunn i hospicefilosofien (4), og som i stor grad har vært rettet mot pasienter med en kreftdiagnose, utvides til å omfatte alle som dør på sykehjem uansett diagnose. Prosjektet (heretter omtalt som hovedprosjektet) ble forberedt høsten 2004, iverksatt i 2005 og avsluttet sommeren 2007.



[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn  
litteraturhenvisninger på  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

### Søkeord:

Palliativ omsorg  
Undervisningssykehjem  
Død  
Sykehjem



# slutten

## Metode

Som et utgangspunkt for forbedringsarbeidet, ble det våren 2005 gjennomført en kartlegging av kompetansen hos personalet ved de fire sykehjemmene som var involverte i prosjektet (Delprosjekt I). Den enkeltes (og kollektivets) kunnskaper, ferdigheter og holdninger i den konteksten et sykehjem står i utgjør personalets samlede kompetanse. Å måle denne kompetansen er vanskelig. Noe kan settes opp mot en standard, mens for eksempel holdninger ikke lar seg måle på noen enkel måte. Den nasjonale koordineringsgruppen sto overfor valget mellom å skulle teste personalet i den hensikt «å avsløre» deres kunnskaper, ferdigheter og holdninger, eller å satse på at en egevaluering ville være mer fruktbart. Valget falt på en spørreundersøkelse med anonym selvrappotering over hva den enkelte oppfattet av egen kompetanse, av arbeidsplassens (avdelingens) kompetanse, og prioritering av tolv mulige undervisningsemner i et kompetanseutviklingsprogram. Til sammen 428 ansatte deltok i spørreundersøkelsen.

## Debriefing etter dødsfall

Kartleggingen danner grunnlaget for Delprosjekt II som består av to ulike modeller for undervisning/kompetansebygging (Bergensmodellen og Eikertunmodellen). Dette ble gjennomført våren 2006, og nesten 600 ansatte har deltatt i programmet som ble godkjent som meritterende



Illustrasjonsfoto: Colourbox

GOD PLEIE: Alle som dør på sykehjem har krav på kvalifisert palliativ omsorg.

av Norsk Sykepleieforbund og Fagforbundet.

Etter at hovedprosjektet var kommet i gang, ble det tidlig klart at det måtte jobbes på flere fronter samtidig. Kompetanseutvikling sto helt sentralt, men som i alle forbedringsprosesser, er involvering og oppfølging avgjørende. Hvordan kunne vi sørge for at personalet beholdt fokus på prosjektet? Et av tiltakene ble iverksetting av debriefing etter dødsfall (Delprosjekt III). Hensikten var å prøve ut en modell der personalet som hadde vært til stede under et dødsfall, kom sammen etterpå for å samtale om det som hadde skjedd. De skulle så fylle ut et enkelt skjema der de noterte hva de mente hadde fungert godt, hva som ikke hadde vært bra, og hva de så som forbedringsområder. I tillegg til dette hospiterte ti personer fem dager hver ved palliative poster, og syv personer gjennomførte 40 timer med gruppeveiledning.

### Standard for palliasjon

Helt fra starten av hovedprosjektet var det et ønske om å trekke inn brukerne, det vil si pasienter og pårørende. Ettersom fokus var på de siste dager og timer, ble det både uetisk og praktisk umulig å intervju pasientene. Delprosjekt IV ble derfor en spørreundersøkelse overfor pårørende som hadde mistet en av sine nærmeste første halvår 2006. Til sammen femti pårørende (av totalt seksti mulige) deltok i undersøkelsen.

Et utviklings- og forbedringsprosjekt trenger noe å måle kvalitet opp mot. Vurderinger fra pasient, pårørende og personale er viktige og nødvendige. I tillegg bør det foreligge objektive standarder for ønsket kvalitet. Norsk Forening for Palliativ Medisin laget i 2004 en standard for palliasjon (5). Den er i hovedsak

rettet mot spesialisthelsetjenesten og sier lite om sykehjem. Delprosjekt V «Standarder for omsorg ved livets slutt i sykehjem» ble derfor utarbeidet og foreligger i dag hos oppdragsgiver (direktoratet), og er tilgjengelig på [www.undervisningssykehjem.no](http://www.undervisningssykehjem.no). Samtidig ble ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) utprøvd ved noen poster (Delprosjekt VI).

### Ressursmangel

Å skulle lage og prøve ut tiltak for å oppnå kompetanseheving i norske sykehjem, er et svært ambisiøst prosjekt. Vi vet at bemanning og kompetanse ofte er for lav i forhold til det pasientene har behov for. Ressursene som stilles til rådighet på «vanlige» sykehjemsposter er langt mindre enn det som er tilfellet på palliative poster (6). Der er for få sykepleiere og hjelpepleiere, og legedekningen er ikke tilfredsstillende. Det samme kan sies om fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre. Avstanden mellom pasienter og pårørendes behov og de ressursene som står til rådighet, er stor. Dette prosjektet er gjennomført med tanke på å gjøre noe med denne utfordringen.

Selve prosjektorganiseringen viste seg å være god. Prosjektet var forankret i ledelsen i direktoratet og i sykehjemmene. De lokale prosjektgruppene besto av representanter for ansatte med direkte pasientansvar (lege, sykepleier, hjelpepleier med mer). Ledelse og øvrige ansatte sikret dermed en god balanse i utviklingen av prosjektet.

### Varig ordning

Delprosjekt I (spørreundersøkelsen til personalet) viste seg å gi den effekten som var ønsket: Hver ansatt ble på denne

## Vi vet at bemanning og kompetanse ofte er for lav i forhold til det pasientene har behov for.

måten informert om prosjektet og invitert inn. Ved å svare på spørsmål, blant annet om emner for undervisning, ble den enkelte ansvarliggjort. Det ble derfor lett å få respons på deltakelse i undervisnings/kompetansebyggingprogrammet. Nesten 100 prosent av de ansatte deltok. Debriefingsprosjektet som var tenkt som en midlertidig ordning, har vist seg å bli en varig ordning etter ønske fra personalet. Det oppleves meningsfylt og nyttig å evaluere dødsfallene og lære av det som har skjedd. Det er også lite tidkrevende å gjennomføre.

Delprosjekt IV som var en spørreundersøkelse overfor pårørende til alle pasienter som døde første halvår 2006 (ved to sykehjem) ble gjennomført etter planen, og full rapport er utarbeidet. Nesten alle (80 prosent) de inviterte deltok. Hovedfunnene er at pårørende i stor grad er tilfredse med den omsorgen som ble gitt. Forbedringen ligger i hovedsak innenfor området informasjon og kommunikasjon.

Standard for pleie og behandling (Delrapport V) og symptomregistrering (Delrapport VI) ble utviklet og ferdigstilt etter planen. Alt foreligger i rapportform tilgjengelig på undervisningssykehjemmenes nettside ([www.undervisningssykehjem.no](http://www.undervisningssykehjem.no)). Resultatene er også presentert på nasjonale og regionale konferanser.

### Konklusjon

Hovedprosjektet ble gjennomført etter planen og innenfor tids-

rammen og finansieringen som var gitt. Alle sykehjem i Norge kan heretter nyttiggjøre seg det som er prøvd ut og dermed øke kompetansen i sykehjemmene til beste for pasient og pårørende. Men som i alle prosjekter er graden av måloppnåelse avhengig av god gjennomføring over tid og gode rammebetingelser. Så vil fremtiden vise om den døende pasienten og deres pårørende får omsorg og behandling som har den kvaliteten de selv, fagmiljøet og myndighetene mener de skal ha.

### LITTERATUR

- Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg: hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 10: 1352-4.
- World Health Organization (2004) Better Palliative Care for Older People. <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>. ISBN 92890 1091 6
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
- Saunders C. The Evolution of Palliative Care. Journal of the Royal Society of Medicine 2001; 94 (9): 430-432.
- Standard for palliasjon 2004. Norsk Forening for Palliativ Medisin. [http://www.palliativ.org./palliativ\\_innsats-konsens.htm](http://www.palliativ.org./palliativ_innsats-konsens.htm).
- Kaasa S., Jordhøy M.S., Faksevang Haugen D. Palliative Care in Norway: A National Public Health Model. Journal of Pain and Symptom Management 2007; 33 (5): 599-604.

## Færre må overnatte

For første gang på syv år er det nedgang i antall døgnopphold på norske sykehus. I fjor var det nesten 812 000 slike opphold. Nedgangen på omtrent 13 000 tilsvarer en reduksjon på 1,6 prosent fra 2006. Dette skyldes blant annet sterk reduksjon ved de private, kommersielle sykehusene, vekst i antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, og endringer av administrativ art. De vanligste diagnosene ved døgnopphold var hjerte- og karsykdommer for menn, og svangerskap for kvinner. Statistisk sentralbyrå



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Kikhoste vanligst

Årsstatistikken fra Meldingsstemet for smittsomme sykdommer (MSIS) viser at kikhoste fremdeles er den vanligste meldingspliktige sykdommen. Til tross for en liten nedgang utgjorde kikhoste 36 prosent av de 14 979 meldte sykdommene i fjor. Forekomsten av kikhoste har økt i Norge de siste ti årene. Dette skyldes blant annet at større barn, ungdom og voksne ikke lenger er beskyttet av vaksinen de fikk som spedbarn. En annen forklaring er bedre laboratoriediagnostikk og økt oppmerksomhet blant helsepersonell og pasienter. Folkehelseinstituttet

## PEG fungerer bra

Barn med langvarige spiseproblemer har god nytte av å få lagt inn PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi). Det viser en gjennomgang fire studenter i barnesykepleie har gjort. De har sett på forskning og vurdert fordeler og ulemper med PEG. De fant at foreldre mener PEG bidrar til å redusere barns ernæringsproblemer og at PEG er nyttig ved ulike diagnoser som for eksempel neurologiske lidelser og sykdom i mage- og tarmsystem. De fire studentene Gunn Elin Veivåg, Jorunn Syltøy, Benthe Juklestad og Nina Særvold sier til forskning.no at funnene bekrefter egne erfaringer med PEG. forskning.no

## Sjekk meslingestatus før EM

Et større meslingutbrudd fra 2006 kan spre seg til europamesterskapet i fotball i mai og juni, der Sveits og Østerrike er vertskap. Etter et utbrudd i Lucerne i Sveits i november 2006 er det til nå registrert 1 400 tilfeller av meslinger. I mars 2008 var det et utbrudd i Salzburg i Østerrike, der det antas at smitten kom fra Sveits. Smitten har også nådd Norge, med tre registrerte tilfeller, hvorav indekstilfellet var smittet etter besøk i Salzburg i påsken. Smittevernmyndighetene i Sveits og Østerrike er bekymret for at smitten kan spre seg ytterligere under europamesterskapet. I tråd med anbefalinger fra det europeiske smitteverninstituttet anbefaler Folkehelseinstituttet derfor alle som skal til EM om å sjekke vaksinasjonsstatus og om nødvendig la seg vaksinere i god tid før mesterskapet.



Illustrasjonsfoto: zen Sutherland/Flickr

## A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.  
ATC-nr.: N02A E01

**DEPOTPLASTER** 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm<sup>2</sup>), resp. 10 mg (12,5 cm<sup>2</sup>) og 20 mg (25 cm<sup>2</sup>), hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

**Dosering:** Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplastre på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påførsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis for etter 24 timer. Unngå å utsette påførsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

**Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesis, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner fratraseres dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

**Interaksjoner:** Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dektropopoksyfen, kodein, dektrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amming.

**Bivirkninger:** **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnløshet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonsvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud:

Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoseliggende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Heteokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkødem, miøse. Urogenitale: Redusert erekisjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

**Andre opplysninger:** Brukte depotplastre brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

**Pakninger og priser:**

**5 µg/time:** 4 stk. kr 272,70  
**10 µg/time:** 4 stk. kr 459,40  
**20 µg/time:** 4 stk. kr 797,30

**Refusjon:** Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, f.eks. kreftsmertor, gjelder § 2, refusjonskode 90.

April 2008



**Mundipharma AS**  
Vollsvæien 13 C  
1366 Lysaker  
Telefon: 67 51 89 00  
Telefaks: 67 51 89 01  
www.mundipharma.no



Av **Hilda-Karin Aass**,  
Høgskolelektor,  
Høgskolen i Molde

# Økt samarbeid og etisk refleksjon

Faglig veiledning er et viktig bidrag til læring og utvikling i sykehjem.

Denne fagartikkelen beskriver både veiledningsprosess og vanskelige situasjoner som ble tatt opp i to veiledningsgrupper i løpet av ett år i en sykehjemsavdeling. Hensikten var å tilby faglig veiledning i forhold til følelsesmessige belastninger i omsorgen og mulighet for å reflektere over etiske dilemma i sykehjemshverdagen. Veiledningen ble gjennomført som et delprosjekt i forbindelse med det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet (USH), hvor faglig veiledning hører med til kompetanseutviklingsprogrammet.

Faglig veiledning var ikke tradisjon i dette sykehjemmet og medlemmene var ferske i forhold til denne måte å lære på. Veiledningen foregikk over ett år og deltakerne var sykepleiere og hjelpepleiere fra samme avdeling. De var fordelt på to grupper. Avdelingen hadde sykehjems pasienter med korttidsplass, langtidsomsorg og palliativ omsorg. En del var aldersdemente. Selv var jeg veileder i gruppene og delaktig i prosessen med å utvikle sykehjemmet til undervisningssykehjem. Jeg er ikke ansatt på sykehjemmet, men i høyskolen som har et nært samarbeid med sykehjemmet.

## Hovedområder

Det var tre hovedområder medlemmene i veiledningsgruppene ønsket

å ta opp i veiledningsgruppene:

- Tilgjengelige ressurser i avdelingen.
- Betydningen av samhandling og samarbeid mellom kollegaer.
- Etiske dilemmaer i den direkte pasientkontakten.

I forhold til temaet ressurser i avdelingen var spørsmålet om det i det hele tatt skulle være et tema i veiledningsgruppene. Naper, Hoffart og Bruland Vråle sier at man ikke kan kalle en veiledning «sykepleiefaglig» hvis hovedfokus blir noe annet enn sykepleier/pasientforholdet (1). Jeg mener at pleier/pasientforholdet har en uløselig sammenheng både med tilgjengelige ressurser og hvordan en samarbeider med andre. I en sykehjemsavdeling er ressursene knappe, ressursspørsmålet kan derfor ikke utelates.

## Teoretisk forankring

Slettebø beskriver en teoretisk forankring i forhold til ressursbegrepet som indre og ytre ressurser (2). Disse begrepene brukes her som referanseramme. Hun skriver at både indre og ytre ressurser er viktige faktorer i forhold til etiske dilemmaer. Hun sier videre at dilemmaer på den ene siden dreier seg om «ytre faktorer» ved sykehjemmet. Dette kan være bemanning, budsjett, struktur, mangel på enerom og blanding

av pasientkategorier på samme avdeling. På den annen side beskriver hun de indre faktorer som pasientens tilstand, at personalet har ulikt syn på pleien, avdelingsmiljøets betydning og likedan diskrepans mellom intensjon og handling hos sykepleieren (2). Når jeg videre i artikkelen beskriver etiske dilemma som ble synlig i veiledningsgruppene i sykehjemmet, bruker jeg Slettebø's begreper *indre og ytre ressurser*.

## Ytre ressurser

Veiledningsgruppen var opptatt av ytre ressurser i avdelingen. Gruppedlemmene opplevde det som utfordrene å ha ulike pasientgrupper med ulike behov på avdelingen. Det ble reflektert mye over bruken av pasientplasser og organisering i forhold til dette. Et annet organisatorisk område som ble tatt opp, var at noen syntes det var uetisk å ta i bruk pasientrommet til en ny pasient like etter et dødsfall. Noe som ble begrunnet med respekten for den som hadde gått bort. En effektiv utnyttelse av sykehjemsplassene opplevdes her å komme i konflikt med menneskeverdet.

En annen ytre ressurs som medlemmene i veiledningsgruppen var opptatt av, var behovet for eget kjøkken. Kjøkkenet var av stor betydning både med hensyn til riktig og

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn  
litteraturhenvisninger på  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

### Søkeord:

Faglig veiledning  
Sykehjem  
Tilgjengelige ressurser  
kompetanseutvikling

tilstrekkelig ernæring. Ut ifra et bredt fokus på ernæring ønsket de å gi et best mulig tilbud til pasientene. Et eget kjøkken kunne muliggjøre mer fleksible løsninger som å gi ekstra tilbud ved spesielle behov for eksempel hos kreftpasienter, når situasjonen endret seg eller de fikk ny pasient i avdelingen.

Lav bemanning på ulike tider av døgnet var også et fokus. Noen ganger var det vanskelig å forlate avdelingen for å delta i veiledningsgrupper.

Når en skal drøfte betydningen av ressurser i avdelingen var det tydelig at flere gruppe-medlemmer opplevde at de ofte måtte gjøre vanskelige prioriteringer. Å ta snarveier i det daglige arbeidet opplevdes utilfredsstillende. Hvorfor var det da slik at bruk av ressurser og ledelsens prioriteringer kunne skape dilemma?

### Makt versus ansvar

Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Vike sier i *Maktens samvittighet* at i offentlige organisasjoner synes makt og ansvar å bli skilt fra hverandre (3). De mener at tradisjonelle velferdsambisjoner lever side om side med effektiv styring, og at det siste tar større og større plass. Forfatterne setter også dette i sammenheng med et kjønnsperspektiv. Kvinner dominerer nærmest fullstendig, de jobber i



LAV BEMANNING: Det var ikke alltid like lett å forlate avdelingen for å delta i veiledningsgrupper. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

organisasjonen hvor lønnen er lav og innflytelsen liten. Forfatterne har undret seg over at kjønn bare i liten grad gjøres til gjenstand for diskusjonen om beslutninger og hevder at hovedproblemet er at «de som arbeider konkret med 'brukerne', klienter og pasienter, har liten innflytelse over organisasjonens sen-

trale beslutningsarenaer» (3,s.65). Problematikken synliggjøres som et språk mellom beslutninger og utøvelsen av omsorg og framstilles slik: «På et grunnleggende nivå er det, empirisk sett, ingen tvil om at kvinner i helse- og sosialsektoren i svært mange sammenhenger målbærer en form for erfaring som er preget

av møtet med brukerne – pasienter, klienter og andre bistandsmottakere – og med overveldende krav og forventninger som de ikke kan tilfredsstillende» (3,s.91).

### Veiledning

Når så makt og ansvar er skilt fra hverandre er dette et problem ▶▶

► ► som også var synlig i veiledningsgruppene. Hvordan kan så faglig veiledning bidra til en bedre hverdag når ressursene er knappe, ansvar for pasient og pårørende er stort og innflytelsen over organisasjonens prioriteringer er små? Veiledning kan bidra til å gi gruppe medlemmene mer makt i forhold til beslutninger, fordi gruppe medlemmene blir mer bevisst problematikken og har et faglig og gjennomtenkt grunnlag for argumentasjonen. Dette kan bidra til at rammer og ressurser justeres i forhold til avdelingens behov.

Avdelingsvis veiledning kan også medvirke til at en ser avdelingens ressurser mer samlet. Bergland og Hestetun har i artikkelen «Erfaringer med avdelingsvis veiledning», sett på utfordringene knyttet til begrensede ressurser (4). Deres erfaring var at personalet ble mer løsningsorientert fordi det i veiledningsgruppen ble brukt tid til å diskutere hva som kunne gjøres for at situasjonen kunne bli bedre, og at de ble flinkere til å handle innen gitte rammer. Bergland og Hestetun fremhever det som viktig i en situasjon med begrensede ressurser, å gjøre ansvaret for den faglige standarden til et kollektivt anliggende. I noen av deres grupper var avdelingssykepleier til stede (4). Skal avdelingens samlede ressurser diskuteres, vil nok grupper med avdelingssykepleier tilstede være en fordel. Likedan at veiledningen er obligatorisk for alle i avdelingen.

**Samhandling og teambygging** Det andre hovedområdet gruppe medlemmene var opptatt av, var samarbeid og samhandling. Når veiledningsgruppene startet var det til dels ulikt syn på hvordan de skulle forholde seg til ulike utfordringer i avdelingen. Hvor mye kunne de være seg selv i arbeidssituasjonen, som de ulike personer de var? Mange ga uttrykk for et ønske om at de som gruppe skulle framstå mer «samlet» og på en mer positiv måte ovenfor pasienter, pårørende og studenter. De ønsket også å

framstå på en «bedre måte» overfor hverandre i arbeidskollegiet.

Rønsen og Faanes skriver i en artikkel om veiledning som teambygging, at det er viktig å skape felles verdier og en felles kultur. Deres erfaring er fra et Ambulant Hospice-team som har hatt felles tverrfaglig veiledning over lengre tid (5). Dette er overførbart til sykehjemsavdelingen og den veiledning som foregikk

der. Gjennom dette året med faglig veiledning i sykehjemmet var felles verdier et nøkkelbegrep i forhold til hvordan de ville framstå som avdeling. At alle i avdelingen hadde et felles ansvar og ingen kunne utøve «privatpraksis». Gruppe medlemmene ble synlig for hverandre på en annen måte enn tidligere. Det å være forskjellige var også en fordel ved at de kunne «dra veksler» på hverandre i avdelingen. Betydningen av fellesskap var viktig, men det var også viktig å være tydelig på eget ståsted. Rønsen og Faanes sier at når noen skal gjøres noe felles, er det viktig å være tydelig overfor hverandre som fagpersoner og vise hva en står for både faglig og verdimegning: «Å bygge team handler om å skape felles praksis og holdninger. Det betyr ikke at vi ønsker å være like, snarere tvert i mot. Det har vært viktig å anerkjenne og utnytte forskjellen» (5. s.15).

### Vanskelige situasjoner

Det tredje hovedområdet som var tema i veiledningsgruppene var vanskelige situasjoner i pasientsorgen. Ifølge Slettebø er dette en indre faktor (2). Det var mange eksempler på etiske dilemmaer eller vanskelige situasjoner. Her framheves to eksempler. Det første er sykepleiers relasjon og kommunikasjon med pasienter ved langt framskreden kreftsykdom og kort forventet levetid. Betydningen av å gi håp og

livsmot sto her i et motsetningsforhold til å være realistisk og gi ærlig informasjon om tilstanden. Natvig sier at å si sannheten er en god handling i den forstand at opplysningene øker pasientens mulighet til å foreta frie valg. Men dersom sannheten blir formidlet på en kald måte uten omtanke og rom for håp, så er det en skadelig handling (6). Re-

fleksjonen i veiledningsgruppen i forhold til palliativ omsorg dreide seg i hovedsak om å fokusere på de «små» og realistiske håp. Flere ganger ble det likevel tydelig ut fra sykepleiers vurdering at pasienten hadde urealistisk håp. Natvig sier at håpet er viktig og at urealistiske håp er en beskyttelse mot å la seg overvelde av for mye smerte på en gang. I en opprivende fase av livet kan det til og med være nødvendig å få beholde et urealistisk håp. For sykepleiere og andre fagpersoner, som har den daglige omsorgen for pasienter i livets slutfase, er dette et særdeles vanskelig spørsmål. Det var det også for medlemmer i veiledningsgruppen. Ved å reflektere over dette spørsmålet sammen med kollegaer og veileder ble sykepleier mer bevisst balansegangen mellom å gi urealistisk håp eller å si sannheten. En balanse som krever stor grad av faglig skjønn.

Det andre eksempelet på etiske dilemmaer var makt, tvang og grensesetting i forhold til aldersdement beboere som var urolige og vandret. Sykepleier følte et sterkt ansvar for at pasienten ikke skulle skade seg. Når sykepleier forhindret pasienten i å gå ut av avdelingen, kunne grensesettingen oppleves som overtramp og maktbruk. På tider av døgnet med lite bemanning og i helger var situasjonen spesielt vanskelig. Å forebygge slike situasjoner ble sett

på som sentralt, men ikke alltid mulig. Når det var fare for at pasienten eller andre personer kunne bli skadet, var det nødvendig å gripe inn med aktive tiltak og sette grenser. Å få støtte for dette i veiledningsgruppen var viktig for den som hadde opplevd situasjonen.

### Konklusjon

Mange kommuner har ikke tilbud om faglig veiledning for sykehjemsansatte. Erfaringene fra dette året viser at sykepleiefaglig veiledning kan være et godt tilbud dersom forhold legges til rette. Veiledning kan bidra til gode prosesser både i forhold til samarbeid og etiske refleksjoner hos den enkelte sykehjemsansatte. At sykehjem sliter med knappe ressurser må også kunne diskuteres i veiledningsgruppene. Med den hensikt å bevisstgjøre gruppe medlemmene i forhold til god utnyttelse av ressurser og saklig og faglig argumentasjon for en omprioritering eller økning av ressurser.

### LITTERATUR

1. Naper Ø, Hoffart RA, Vråle GB. Veiledning- avgjørende for trivsel og mestring. Tidsskr Sykepl 2000; 10: 55-58.
2. Slettebø Å. Strebing mot pasientens beste. En empirisk studie av etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2004.
3. Bakken R, Brinchmann A, Hauklien H, Kroken R, Vike H. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.
4. Bergland Å, Hestetun M, Kristiansen M. Erfaringer med avdelingsvis veiledning. Tidsskriftet Sykepleien 2003; 18: 46-48.
5. Rønsen A, Faanes R. Veiledning som teambuilding. Omsorg 2005; 1:15.
6. Natvig RS. Sykepleieetik. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.

**C Twinrix Paediatric GlaxoSmithKline**

**C Twinrix Voksen GlaxoSmithKline**

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

**INJEKSJONSVEESKE, suspensjon: Twinrix Paediatric:** 0,5 ml inneholdt: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

**INJEKSJONSVEESKE, suspensjon: Twinrix Voksen:** 1 ml inneholdt: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

**Indikasjoner: Twinrix Paediatric:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

**Dosering: Twinrix Paediatric:** Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser à 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser à 1 ml. Standard skjema for primærvaknasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primærvaknasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primærvaknasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den slutføres med samme vaksine. Behovet for en booster dose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for boostervaknasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å være i minst 10 år. Vaksinen er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødnings sykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutan selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

**Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonsstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunsuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitre etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utvebli hos immunsvekkede pasienter. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksinering og disse omfatter høy alder, hannkjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksinering med Twinrix Voksen. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksinering. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Rester av tiorersal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivitetreaksjoner.

**Interaksjoner: Twinrix Paediatric:** Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

**Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaksine forventes det ingen skade på fosteret. Bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

**Bivirkninger:** Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. **Hyppige (>1/100):** Tretthet, hodepine, sykdomsfølelse, kvalme. **Sjeldne (<1/1000):** Feber, brøkninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brøkninger, appetittløshet, diaré, mavesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Krampet. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, trykninger, hodepine, myalg, artralgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoid reaksjoner og overfølsomhetsreaksjon lignende serumyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksiner mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifer og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barrés syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

**Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB<sub>s</sub>Ag), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primærvaknasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100 %, 99,5 % og 100 % etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82 % etter 1 uke og hos 85 % etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1 %. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

**Oppbevaring og holdbarhet:** 2-8°C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses. Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

**Andre opplysninger:** Ved lagring oppstår det et bunnfall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer for bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

**Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte: 0,5 ml kr 242,40. **Twinrix Voksen: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte: 1 ml kr 384,90, 10 x 1 ml kr 3.496,62.

Sist endret: 27.06.2006

\* P van Damme et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need? The Lancet 2003; 237: 1065-71



**GlaxoSmithKline AS**

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo

Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no



C1

**Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»**

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVEESKE, SUSPENSJON:** Hver dose inneholdt: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

**INDIKASJONER:** Vaksine skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

**DOSERING: Primær vaksinasjon:** 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for booster-doser er ikke klarlagt. **Barn:** Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoideusmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinering utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primærvaknasjon på 3 doser.

**INTERAKSJONER:** Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinerne ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

**GRAVIDITET/AMNING: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende.

**BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100):** Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

**EGENSKAPER: Klassifisering:** Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftitre mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaknasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primærvaknasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt klarr, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

**PAKNING OG PRISER:** Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10

Sist endret: 16.08.2007

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21  
infono@spsmsd.com

## Ren revisjon

Egentlig sitter Trine Herud og noterer. Men på forhånd har hun og kollega Anne-Mette Espe avklart at hun kan bryte inn for å stille oppfølgingsspørsmål.

Det er onsdag 7. mai og de to hygienesykepleierne har en forenklet internrevisjon i postoperativ thoraxseksjon på Haukeland universitetssykehus.

Helse Bergen har et eget infeksjonskontrollprogram, slik det er pålagt etter smittevernloven. Senter for smittevern, der Herud og Espe er to av seks hygienesykepleiere, bruker revisjoner som et verktøy for å se om programmet følges i praksis.

I dag intervjuer de to av seksjonens leger og seks av sykepleierne om utvalgte emner fra infeksjonskontrollprogrammet. De spør om de kjenner til programmet, om de er kjent med anbefalt metode for håndhygiene, rutiner for bruk av arbeidstøy, om prosedyrer for innleggelse av perifere venekanyler og om retningslinjer for MRSA. Hvert intervju tar mellom 20 og 30 minutter.

Her er det seksjonsoverlege Egil Steien sin tur. Herud og Espe opplever at de har en god dialog.

En internrevisjon er en prosess

med flere trinn. Først har avdelingen fått beskjed om at den skal revideres og hva som er tema. Så har det vært et formøte med lederne. Og så er det dagens intervjurunde som avsluttes med befaring i avdelingen, for å verifisere det som har kommet fram under intervjuene. Etterpå vil Herud og Espe utarbeide en rapport, som vil legges fram på et ettermøte. Er det noe å påpeke, er det ledernes ansvar å følge opp. Senter for smittevern kan bidra med veiledning og undervisning.

Ved revisjoner er de alltid to. Da intervjuer én fra et ferdig utarbeidet mal, mens den andre noterer eller, som her, etterspør presiseringer.

Trine Herud synes internrevisjon er en god metode for å finne ut om de har kjennskap til styrende systemer i avdelingen. Det synliggjør om de følges. Og, understreker hun, infeksjonskontrollprogrammet, som er en del av internkontrollsystemet, er ikke til for sin egen skyld. Hensikten er å forebygge infeksjoner.







## Marie Aakre om fastvakt

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

**Alder:** 60 år

**Fra:** Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



# Ingen skal dø alene

«Jeg har rett til å slippe å dø alene», heter det i utredningen om livshjelp. Mange steder i helsetjenesten hvor mennesker dør, tilstrebes denne normen. Men den er ikke alltid lett å realisere.

For å unngå at noen dør alene er det vanlig å sette inn tiltak som fastvakt. Det betyr at en person tilbyr sin tilstedeværelse til den døende de siste levedøgn eller timer.

### Tilfeldig fastvakt

Rådet for sykepleieetikk mottok nylig et dilemma fra en sykepleier knyttet til fastvakt i hjemmet. Hun bor i en liten kommune. I hjemmetjenesten der var det en ufaglært «tilfeldig» 70 år gammel kvinne som ble rekruttert som fastvakt til en døende kvinne. Dette ble løsningen fordi ingen av de faste ansatte påtok seg oppgaven.

Kvinnen ble rekruttert på en rask og tilfeldig måte. Hun fikk mangelfull introduksjon til oppgaven, både hva gjelder kvalifikasjoner og taushetsplikt.

Sykepleieren spør om den 70 år gamle kvinnen i det hele tatt var kompetent til oppgaven.

### Hvis lav bemanning og manglende faglighet blir en norm, kan dette være å sette krenkelser i system.

Hun stiller også spørsmålsteget ved kommunens valg av løsning, og spør om dette var forsvarlig praksis.

### Kvalitet, forsvarlighet og etiske dilemma

Ansaret for kvalitet i omsorgen ved livets slutt i kommunehelsetjenester er i stor grad hos sykepleiere og den sykepleiefaglige ledelse.

I yrkesetiske retningslinjer heter det at *grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.*

Syke og døende menneskers liv og verdighet kan trues ved at de ikke er trygge på å få nødvendig helsehjelp eller reelle valg om hvor de ønsker

å være i livets slutfase. Respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet betinger tilbud om nødvendig behandling, pleie og omsorg. I praksis handler det om svært sammensatte behov. Muligheten for å utøve sykepleie basert på barmhjertighet, omsorg og respekt påvirkes sterkt av rådende rammer, ressurser, ideologi og kultur.

### Hører livet til

I yrkesetiske retningslinjer heter det også at *sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.*

Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død.

Noen mennesker har en tilsynelatende god og «lett» død der de, sammen med sine nærmeste, kan fullføre denne livsprosessen uten omfattende helsetjenester. Vi må ikke glemme at døden

hører livet og familien til, den er ingen sykdom. I noen situasjoner kan et familiemedlem eller et empatisk medmenneske være nok til å sikre en verdig livsavslutning og død. Det er ofte viktig at den som er der er et trygt, kjent og empatisk medmenneske.

### Fagkompetanse

Men vi vet at den enkeltes dødsprosess ikke er lett å forutse. Uforutsette plager kan raskt oppstå. Nær døden kan avmakt, alenehet og sårbarhet gi stor lidelse. Både smerter, respirasjon og andre fysiske plager, samt sorg og dødsangst hører ofte med. De bør møtes med god lindring og trøst. Denne type lidelse betinger at noen er der, og ofte også avansert faglig og relasjonell hjelp.



### Til refleksjon

**Hvilke kriterier har dere for fastvakt til døende der du jobber?**

**Hva slags kompetanse bør den ha som skal sitte fastvakt hos et døende menneske?**

Send din mening til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

### Pasientens valg

Den døende kvinnen i dette dilemmaet ønsket å få dø i sitt hjem og det var pårørende enige i. Hun hadde fått hjelp i sitt hjem i lengre tid og var godt kjent av hjemmetjenesten. Men kommunehelsetjenesten var presset, og fastvakt i hjemmet var ikke en prioritert tjeneste. Kommunen mangler sykepleiere, og det er svært vanlig å leie inn ufaglærte. Sykefravær og personalslitasje er bekymringsfullt. Ansvarlig leder for pleie og omsorgstjenesten står i disse dilemma og må prioritere.

### Retten til medbestemmelse

I yrkesetiske retningslinjer heter det at *sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.*

Basert på pasientautonomi har den enkelte pasient altså en etisk rett til å være medbestemmende. Men retten til medbestemmelse er ikke det samme som selvbestemmelse. Det fremkommer i saken at pasient og pårørende ønsket hjemmedød. Spørsmålet er om de har rett til å ønske det, og hvordan ønsket ble drøftet og møtt. Vi vet ikke hva som lå til grunn for dette ønsket, og hvem som besluttet at det skulle være styrende.

Det er ikke etisk høyverdig å love noe man ikke kan holde. Retten til å være medbesluttende



PÅKJENNING: En eldre uflaglært kvinne ble spurt om å være fastvakt for en som ønsket å dø hjemme. Illustrasjonsfoto: Colourbox. (Kvinnen på bildet har ingen forbindelser med historien i teksten)

skal primært ivaretas gjennom åpen ansvarlig dialog om ønsker og muligheter. Det er en svært alvorlig beslutning å si ja til hjemmedød hvis man samtidig vet at ressurser og kompetanse ikke er tilgjengelig.

#### Vi spør;

- Visste kvinnen at hjemmetjenesten ikke kunne love fastvakt av en kompetent person?
- Ble beslutningen om hjemmedød bestemt uten at saken var tilstrekkelig drøftet mellom gode fagfolk og pasient og pårørende?
- Ble pasientens samtykkekompetanse vurdert?
- Ble kommunens ressurser drøftet åpent før beslutning ble tatt?
- Ble pårørendes ressurser og ansvar drøftet åpent før beslutning ble tatt?

#### Må vurdere helheten

Det må alltid ligge en helhetsvurdering til grunn for å love god helsehjelp i hjemmet helt frem til døden. Det er grunn til å spørre om hvilken forpliktelse hjemmetjenesten faktisk påtar seg hvis de først har sagt ja til hjemmedød. Er det slik at når de har sagt ja, så bør de beordre nødvendig kompetent hjelp som fastvakt hvis ingen vil?

Vi vet at pasienten fikk fastvakt av et motivert menneske som våget å være der og at hun slapp å dø alene. Ansvarlig ledelse sikret at noen var der, vel vitende om at dette var å velge det minste av

flere onder. Denne løsningen kan ha vært både god og tilstrekkelig, særlig hvis en kompetent sykepleier var lett tilgjengelig som bakvakt.

#### Vi spør:

- Hadde pasienten egentlig behov for en utdannet sykepleier hos seg, basert på sine plager og behov?
- Erstattet denne uflaglærte kvinnen i så fall en sykepleier, – eller var hun faktisk hjemmetjenestens forlengede arm som en «erstatningspårørende», eller et varmt medmenneske?
- Kunne en pårørende ha sittet der når situasjonen var så tilspisset som den var? Ble de pårørende dratt inn i diskusjonen?

#### Et avvik?

Det kan være grunn til å stille spørsmål om hva denne ukjente og uflaglærte ekstravakten ble utsatt for. Det er ikke alltid lett å si nei til en slik forespørsel. Godkjenningen og veiledningsansvaret ligger hele tiden hos ansvarlig sykepleier. Hadde denne kvinnen fulgt mennesker til døden tidligere?

Yrkesetiske retningslinjer er tydelige på sykepleierens ansvar for faglig forsvarlig praksis, og påpeker nødvendigheten av å melde fra om mulige uverdige og krenkende forhold.

Kanskje var dette et avvik som burde meldes. Det er nærliggende å spørre om det var noen

med lederansvar i kommunen som skrev en avviksmelding om valg av løsning i denne aktuelle saken.

#### Unntak eller norm

I etterpåklokskapens lys må det være lov til å reflektere over både beslutningsprosesser og valg i denne kvinnens dødsprosess. Vi spør om denne saken representerer et unntak eller om slike løsninger med tilfeldige fastvakter til døende mennesker egentlig er ganske vanlige.

Hvis lav bemanning og manglende faglighet blir en norm, kan dette være å sette krenkelser i system. Rådet for sykepleietikk kan ikke uten videre si at dette var faglig uforsvarlig uten å vite mer om pasientens situasjon og hva som faktisk skjedde. Kanskje ble dette en verdig og god avslutning med et varmt og trygt medmenneske tilstede.

#### REFERANSER

1. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
2. NOU 2 1999/2000 om Livshjelp, behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende.
3. Stortingsmelding 26/2000 om «Verdiar for den norske helsetenesta»
4. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (27. juni 2003)

# Nyhet!

Det friske og  
Det syke mennesket



Nettsted med  
oppgaver og  
arbeidsbok

Eget nettsted:

[www.akribe.no/DFDSM](http://www.akribe.no/DFDSM)



### Oppgaver til Det friske mennesket

- Over 600 faktaspørsmål
- Ulike oppgavetyper



### Arbeidsbok til Det syke mennesket

- 25 oppgaver basert på pasienthistorier
- Realistiske hverdagsituasjoner
- Faktaspørsmål og drøftingsoppgaver
- Oversikter over temaer og fagstoff som bør leses

ISBN 978-82-7950-124-4 Pris kr. 199,-

**Akribe**

[www.akribe.no](http://www.akribe.no)

## Nå må de skinnhellige fruene gi seg!

Den siste tiden synes jeg at fagbladet Sykepleien har hatt stigende kvalitet på innholdet, og i den siste tiden har det vært flere bra artikler i bladet. Da jeg så forsiden av nr. 7/2008 vekket et bilde av en sterilt kledd sykepleier med mobiltelefon min interesse. Har det kommet noe ny forskning på området mobiltelefoner/medisinsk-teknisk, utstyr tenkte jeg, og slo opp på side 6.

Der var det til min store skuffelse en artikkel og bilde av «en forskrekket og lei seg» leder for Landsgruppen for operasjonssykepleierne. Hun mener private mobiltelefoner ikke har noe å gjøre på en operasjonsstue, og at man kan bruke stuetelefon hvis man må ringe. Selv med syke barn hjemme er det ingen unnskyldning å ha mobilen med seg inn på operasjonsstua!

At det i tillegg brukes to hele sider lenger ut i bladet hvor det tas opp som spørsmål om «det er forenlig med god sykepleie å sende sms og snakke i mobiltelefon på operasjonsstua» så ble jeg ganske matt og oppgitt. Er dette virkelig noe man skal bruke over 5 prosent av sidene med fagstoff/artikler på?

Gi oss heller fagstoff enn artikler som tar opp «tulleting» og konstruerte «problemer». Hadde disse synspunktene kommet fra min landsgrupeleder ville jeg virkelig vurdert å melde meg ut! Jeg er selv anestesisykepleier og har kone som er sykepleier.

Sammen har vi hund og to små barn. Med to voksne i turnus er det mye koordinering i løpet av en uke. Selv om vi begge jobber på relativt små sykehus, er vi stort sett aldri tilgjengelig på det samme telefonnummeret i løpet av dagen. Da vi begge har respekt for våre kolleger og ikke minst våre pasienter, hender det ofte at vi blir litt forsinket fra jobben da vi ønsker å slutføre pasientforløpet, avslutte samtalen med pasienten uten tidspress osv. Dette krever endring av avtalte planer med å hente barn/handle/kjøre til aktiviteter, få luftet hunden osv.

Kommunikasjon oss imellom går stort sett via sms, med telefon i lydløs modus. En lett vibrering i lommen signaliserer at noen ringer/har sendt en sms. Når det er tid og mulighet, tas telefonen opp, sms-en leses eller man lytter til meldingen på telefonsvareren. Hvis jeg eller fruene skulle bruke tiden på å nå hverandre via «det gammeldagse» fastnettet, hadde det tatt mye tid, og ikke minst støy for mine kolleger inne på operasjonsstuen. Er jeg heldig å nå henne på første forsøk eller må det flere samtaler til før jeg endelig får tak i henne? Hvor forstyrrende er det for hennes kolleger at de må løpe og lete etter henne fordi jeg må få gitt beskjed om at hun må hente barna i dag? Eller hvor lang tid bruker min kone på å finne ut hvilken av sykehusets operasjonsstuer jeg er på i dag, eller er han på PO med en pasient, eller kanskje på en sengepost for å legge en veneflon? Når hun endelig finner ut det, og ringer inn på riktig stue, står jeg muligens og innleder en narkose og kan ikke ta telefonen ...

Men aller viktigst, hvor mye fokus tar alle disse samtalene med stuetelefonen som også skal brukes til faglige ting, vekk fra pasienten jeg har liggende i narkose, og skal ha min fokus på?

NEI, det er skutt helt forbi blink å komme med sådanne synspunkter i 2008! Jeg har stor tillit til at mine kolleger, både operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesileger og kirurger har såpass mellom ørene, og ikke minst folkeskikk- og vett at de ikke står og skravler høylytt i mobiltelefonen og diskuterer helgens bytur med sin omgangskrets. Ei heller at de sitter og sender lasseveis med sms til gud og hvermann, og ikke gjør jobben sin. Med mobiltelefonen i lommen på operasjonsstuen gjør jeg en bedre jobb enn uten. Jeg vet at hvis det er noe i veien med mine barn, min kone blir forsinket eller jeg må få gitt en rask beskjed til noen, så tar det noen få sekunder å få gitt eller motta beskjeden. Det gjør at jeg kan ha 100 prosent fokus på jobben min, og yter en bedre sykepleie enn uten mobiltelefonen i lommen!

La oss heller være tilfreds med de mulighetene mobiltelefonen gir oss i hverdagen til rask og diskré kommunikasjon uten å male fanden på veggen, og se spøkelsener og farer i hver en krok.

Ole Christian Landsverk  
anestesisykepleier,  
medlem nr. 676456.



Faksimile fra Sykepleien nr. 7/08.

## Gjesteskribent Trude Aarnes

**Yrke:** Jordmor og privatpraktiserende sexolog

**E-post:** trudeaarnes@hotmail.com



# Seksuell helse – noe for deg?

Hva kommer det av at vi, som snakker så mye om å se hele mennesket, har problemer med å se og snakke om seksuelle problemer?

En av mine klienter er 20 år og har vestibulitt. Denne diagnosen medfører at hun ikke kan ha samleie på grunn av inntreningsmerter og stram bekkenmuskulatur. Hun ble henvist til en gynekolog, fordi fastlegen ikke fant noe patologisk. Gynekologen sa at tilstanden nok ville bedre seg etter at hun hadde født sitt første barn. Det var hjelpen hun fikk.

Hadde dette vært et enestående tilfelle hadde det ikke vært noe å snakke om. Men det er påfallende ofte at klienter med seksuelle problemer forteller om hvordan de er blitt møtt – eller ikke blitt møtt av helsepersonell. Det er enten manglende spørsmål fra sykepleiere og leger ved lidelser som ofte medfører seksuelle problemer, eller lite faglige svar når de spør direkte om hjelp til problemene sine.

Jo da, mange er gode til dette. Helsesøstrene, for eksempel, har de senere årene gjort et godt stykke arbeid i forhold til ungdom og seksualitet. Men totalt sett er helsearbeidere med profesjonelle spørsmål og svar så altfor få.

Hva kommer det av at vi, som snakker så mye om å se hele mennesket, har problemer med å se og snakke om seksuelle problemer?

Seksualiteten har tilhørt den private sfære, noe man holder for seg selv. Eventuelle problemer er sikkert selvforskyldte, og de får man ordne opp i på egen hånd. Slik har det vært. Men i 2008 er vel de fleste enige i at seksualiteten er en svært viktig del av et menneskes livsutfoldelse.

Siste tiår har behandling av seksuelle over-

grep kommet på agendaen med behandling både av overgriper og den utsatte, og bra er det. Men hva med de «vanlige» problemene? De som rammer deg og meg, som nedsatt seksuell lyst, tenningsproblemer og orgasmeproblemer? Og hva med samleierelaterte smerter?

Viagra og liknende potenshevende medikamenter overstrømmer markedet. Men de hjelper bare et fåtall av alle menn med ereksjonsproblemer. Jeg mistenker at det ofte er av bekvemmelighetshensyn legen skriver ut en resept. Det er jo fort gjort. Av erfaring er det samtalen rundt problemet som virkelig hjelper, i hvert fall på sikt.

Helsepersonell har ofte spisskompetanse innen det feltet de jobber. Er det slik at

**Innfør sexologi som en integrert del av det eksisterende pensum på alle helsefagutdanninger.**

sexologi er en mangel i de helsefaglige utdanningene, og følgelig er helsepersonell lite kompetente på fagområdet?

Helsepersonell er bærere av sin egen seksuelle historie, hva det for eksempel måtte inneholde av skyld og skam. Når vi har så liten profesjonell trening i å snakke om seksualitet, kan våre private erfaringer til seksualitet bli fremtredende og overta for den profesjonelle delen av oss.

Alle mennesker er seksuelle vesener. Vi job-

ber med disse seksuelle skapningene uansett hvilken lidelse eller problemkompleks de har. Følgelig burde sexologi vært inkorporert i alle deler av utdanningen, med trening i å samtale om seksualitet som en viktig ingrediens.

Hvis samlivsproblemer hos et par utvikler seg, kan man uten henvisning få gratis konsultasjoner ved et familievernkontor. Der sitter de høyt spesialiserte familierådgiverne og guider parene på rett kjøll. Og flott er det.

Men hva hvis en person eller et par får seksuelle problemer? Noen tør å ta det opp med fastlegen. Men det er ikke uvanlig at jeg får klienter som har slitt med ereksjonsproblemer, lystproblemer eller tenningsmønsterproblemer i årevis. De tør ikke ta det opp med legen sin. Dette medfører at behandlingen ofte tar lengre tid siden problemet over tid er blitt sementert fast. Det fører igjen til nye problemer.

Hvorfor gjøre det så vanskelig for folk, da? Her er det snakk om å ta tak i en utvikling som går i sneglefart. Innfør sexologi som en integrert del av det eksisterende pensum på alle helsefagutdanninger. Innfør rollespill, så man får trening i å samtale profesjonelt om seksualitet. Arbeidsgivere må prioritere kurs og læring innen sexologi. Så hadde det ikke gjort noe hvis pasientene begynte å kreve noe av oss og vårt tilbud om å snakke om seksuelle problemer.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Martine Aurdal**  
Programleder



**Gøhri Gabrielsen**  
Sykepleier.  
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



**Jon Hustad**  
Journalist i Dag og Tid



Ansvarlig redaktør  
**Barth Tholens**  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder  
**Marit Fonn**  
tlf. 22 04 33 68  
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist  
**Nina Hernæs**  
tlf. 22 04 33 67  
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist  
**Eivor Hofstad**  
tlf. 22 04 33 71  
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist  
**Susanne Dietrichson**  
tlf. 22 04 33 53  
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør  
**Torhild Apall Dybvik**  
tlf. 22 04 33 76  
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB/NETT



Redaksjonssjef  
**Bjørn Arild Østby**  
tlf. 22 04 33 59  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Journalist  
**Kari Anne Dolonen**  
tlf. 22 04 33 69  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Journalist  
**Ann-Kristin Bloch Helmers**  
tlf. 22 04 33 73  
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist/webredaktør  
**Lily Kalvø**  
tlf. 22 04 33 66  
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



Journalist/deskleder  
**Ellen Morland**  
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
ellen.morland@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Hege Holt**  
tlf. 22 04 33 57  
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver  
**Sissel Vetter**  
tlf. 22 04 33 58  
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



Markedssjef  
**Ingunn Roald**  
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
ingunn.roald@sykepleien.no



Markedskonsulent, produkt  
**Lise Dyrkoren**  
tlf. 22 04 33 72  
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling  
**Finn Simonsen**  
tlf. 22 04 33 52  
finn.simonsen@sykepleien.no



**Sykepleien har fått svært mange reaksjoner på hvordan vi omtalte Klara Lie i nr. 7/08 i forbindelse med at hun ble tildelt kongens fortjenestemedalje i gull. På denne siden bringer vi et utvalg av brevene.**

## Uverdigg redaksjonell praksis

I nummer 07/08 skriver Sykepleien om Klara Lie som har fått kongens gull for sin innsats på en rekke områder. Det er sterkt kritikkverdigg at Sykepleien i et slikt redaksjonelt oppslag om kongens gull blander inn en usann og udokumentert meningsytring slik at det hele fremstår som en nedsettende beskrivelse av hovedpersonen og den heder hun har fått. En høyst uvanlig hedersomtale.

Både Sykepleien og andre kan finne sakssvarende informasjon om grunnlaget for kongens gull til Klara Lie, for eksempel under [www.hio.no/content/view/full/69517](http://www.hio.no/content/view/full/69517) eller [www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=4770&amid=2037665](http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=4770&amid=2037665). Dette mener tydeligvis medlemsbladet vårt at det var mindre vesentlig å fortelle mer om i dette tilfellet. Sykepleien har forpliktet seg på Vær Varsom-plakaten. Dette svært uryddigg oppslaget bryter derfor i tillegg også med denne plakaten på flere punkter når Lie ikke er forhåndsinformert om oppslaget og angrepet.

Det er høyst uvanlig at en som har fått kongens gull skal være nødt til å forsvare medaljen i et senere nummer av Sykepleien. Når kommer det en beklagelse fra Sykepleien?

Turid Haug, medlem nr. 411967

## Feil fokus

I Sykepleien 07/08 er det en kommentar til at Klara Lie har fått kongens fortjenestemedalje i gull. Alle vet at denne medaljen henger høyst da den tildeles for innsats av samfunnsmessigg og landsomfattende betydning, dvs. «en innsats betydeligg utover det som forventes av en ansvarlig borger». Dere velger å presentere nyheten med skepsis allerede i overskriften hvor vi kan lese om «omstridd sykepleier».

Hovedfokus i Sykepleien blir at Lie har engasjert seg i organisasjonen «Til helhet», som arbeider for å gi hjelp til homofile som ønsker en «seksuell gjenoppsettelse». For noen representerer dette en provokasjon, og Sykepleien velger å la en talsmann for disse få uttale seg så negativt som det er mulig. Follestad, som er sykepleier og tillitsvalgt ved PRO-senteret, slår bl.a. fast at Lie fordømmer de homofile, og mener tydeligg at hun ikke er en verdigg mottaker av denne medaljen. At Follestad skal få gjøreg seg til talsmann for oss alle, kan ikke forbli uimotsagt. Meg bekjent fordømmer ikke Lie et eneste menneske. Hun er derimot kjent for å ha et STORT og ROMSLIG hjerte.

At Sykepleien klarer å presentere og vinkle denne nyheten så negativt at det ikke engang er rom for en gratulasjon, er oppsiktsvekkende! Jeg forventer at dere rydder opp i dette,

og kommer med en unnskyldning til Klara Lie for klønete og ensidigg journalistikk!

Bodil Tveiten Solberg, sykepleier

## Skuffende

Sykepleier Klara Lie har mottatt Kongens fortjenestemedalje i gull. Det er i sannhet noe å være stolt over at en sykepleier får denne heder! Alle sykepleiere skulle kunne glede seg over at en fra vår yrkesgruppe æres med denne medaljen. Derfor er det med undring jeg leser omtalen av begivenheten i Sykepleien 7/08. Halvdelen av omtalen er negativt vinklet i forhold til hennes engasjement i organisasjonen «Til helhet». Alt det andre som ligger til grunn for å få tildelt medaljen i gull, ramses kun opp i noen få setninger – «i et lite utvalg». Hvor blir det av begeistringen over at en sykepleier hedres med gull? På tross av uenighet i enkelte saker, er det vel mulig for Sykepleien å være mer differensiert i sin omtale enn det som var tilfelle i forbindelse med omtalen av utnevnelser?

Kritisk journalistikk skal hjelpe leseren til å forme en egen mening. I omtalen jeg sikter til, hadde den kritiske journalistikken kun en negativ vinkling. Den positive omtalen manglet helt. Det er svært skuffende av vårt fagblad!

Ragna Lier

**Siden sist** inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no)



## Klage på artikkelen «Kongens gull til omstridt sykepleier»

Det er med stor skuffelse vi leser artikkelen med overskrift «Kongens gull til omstridt sykepleier» i siste nummer av Sykepleien. Vi reagerer sterkt på måten Klara Lie blir fremstilt og måten hun blir «hedret» på av sitt eget forbund. Skulle ikke NSF være de første til å gratulere Klara Lie for den innsatsen og tjenesten hun har gjort gjennom sin sykepleierkarriere? I stedet for å fremheve Klara Lies mange positive engasjementer, og da særlig innen rusomsorg, velger bladet å fokusere på hennes homofilisyn. Det er beklagelig at Tore Holthe Follestad sin mening om hennes virke skal få stor spalteplass. Vi reagerer også på at Klara Lie ikke har fått mulighet til å forsvare seg mot disse påstandene om at hun har påført mange mennesker lidelse

gjennom helbredelse av homofili. Har Sykepleien gjort seg bryet verd med å snakke med noen av disse som er blitt «påført lidelse»? Har Klara Lie gjennom sitt allsidige engasjement vist en fordømmende eller en aksepterende holdning til de menneskene hun har arbeidet med? Etter vår mening er ikke Follestad rette person til å uttrykke seg om hennes arbeid, da han koker hele hennes imponerende karriere ned til å dreie seg om homofili og helbredelse av homofili. I våre øyne er det bladet Sykepleien som fremstiller Klara Lie som en «omstridt sykepleier».

Vi vil også si at vi støtter Klara Lies tidligere arbeid i organisasjonen «til helhet», og vi synes det er trist at det ikke skal være lov til å ha ulike meninger i synet på homo-

fili. Kanskje det er på sin plass at bladet Sykepleien gir Klara Lie en forsinket gratulasjonshilsen? Hun har tross alt gjort seg fortjent til å motta Kongens fortjenestemedalje.

Hilsen Ørjan og Kristina Johannesen, sykepleiere på Stord.

## Meir objektiv

Eg tykkjer bladet Sykepleien må vera meir objektiv i sine standpunkt. Blant anna er det mange NSF-medlemmer som har det samme syn på homofili som Klara Lie.

Noko som eg også har reagert på, var at NSF i forrige valgkamp gikk ut og støtta ei rød-grøn regjering. Eg trur at NSF vil tjene på og vera meir objektiv også der. Ellers vil eg takka for at De står på for ei hardt arbeidande gruppa.

Mvh NSF medlem  
Christian André Balchen  
STORD

## Klara Lie

Tildelingen av fortjenestemedaljen til Klara Lie innebærer en stor honorar til henne.

Det er likevel et faktum at Klara Lie er omstridt - også blant sykepleiere. Vi valgte derfor å ta med en kritisk kommentar i vår nokså beskjedne omtale.

Vi ser imidlertid at vi kunne ha sluppet til Lie selv i saken for å forsvare seg mot kritikken fra sykepleier Tore Holte Follestad i Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring.

Barth Tholens (red)

## Er det fordømmende å være uenig?

I Sykepleien nr.7/08 ser jeg følgende overskrift: «Kongens gull til omstridt sykepleier». Først blir jeg glad når jeg ser bildet av Klara Lie, for jeg kjenner henne som en hjelpsom og faglig dyktig person. Deretter blir jeg sint når jeg leser hva Sykepleien skriver. Dere trekker igjen fram dette med organisasjonen Til Helhet, og lar Tore Holte Follestad fra Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring kommentere at Lie får medalje. Hvorfor gjør dere det? At hun har et annet syn på homofili, er det forbudt i dette landet? Er det ikke lov å mene noe annet enn mange andre? Ser bare dere i Sy-

kepleien det ene hun har jobbet for, hva med alt annet hun har gjort? Om jeg er enig eller ikke med Klara Lie angående homofilispsørsmålet spiller ingen rolle, men det er måten dere framstiller henne på i bladet som virkelig gjør meg vondt. Det hadde vært av større respekt for Klara Lie og la være å sette dette på trykk. Jeg får bismak i munnen når jeg leser hva dere skriver og lurer på om NSF er en organisasjon jeg har lyst å støtte som behandler medlemmer på denne måten.

Anne Grethe, Oslo

**Neste nummer: Sykepleien 10/08**

## Sommerspesial

24 timer. 24 sykepleiere. I Fredrikstad.



# Sykepleiens **TILBUD** til ANNONSØRER

Via Sykepleiens blad og nett treffes hele 186.000 lesere – som hver bruker 60 minutter på å lese bladet. I tillegg har vi over 50.000 unike brukere på våre nettsider hver måned.

Dette er tall vi er stolte av – ikke minst fordi vi som fagblad har en spesiell nærhet til leserne våre.

### **Søkergaranti**

Er du ikke fornøyd med responsen på din stillingsannonse, får du gratis innrykk i neste nummer.

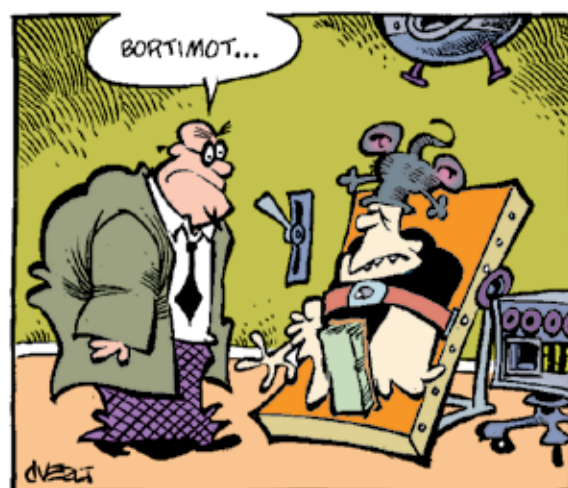
### **Gratis annonseutforming**

Vi lager gjerne annonsen for deg – og vi har lang erfaring i hva som virker.



**sykepleien**

## **Riskhospitalet**





## Enig om søppel

Jeg er så enig med Liv Torhild Askeland som kaller bladet Sykepleien for søppel i nr 7/08.

Som sykepleiere tjener vi faktisk utrolig lite, for eksempel sammenlignet med ingeniører som har samme utdanningslengde som oss. Jeg har derfor egentlig IKKE RÅD til å være medlem av Sykepleierforbundet, nettopp fordi jeg har lav lønn, selv med 20 års ansiennitet. Det er bare forbundet til fysioterapeutene som tar høyere kontingent enn dere.

Jeg vil bare nevne:

- Hvor var dere da jeg skadet meg på jobb for tolv år siden? Jeg fikk aldri hjelp og kan aldri jobbe 100 prosent pga. dette
- Da jeg ville videreutdanne meg innen en bestemt retning og tok kontakt med lederen for den gruppen i forbundet, hvorfor kunne ikke vedkommende svare meg på hva som skulle til for å få den videreutdanningen?
- Hvorfor «skremmer» de tillitsvalgte oss medlemmer med at: «Du burde ikke melde deg ut, da kan det gå deg ille hvis du kommer utfor noe, og du får ikke høyere lønn?» (Har opplevd flere steder at uorganiserte får høyere lønn enn oss som er organiserte.)

## Hvorfor snakker ikke sykepleiere i det offentlige rom?

Forrige uke deltok jeg på en konferanse i Oslo der tema var hvordan sykehusene og kommunehelsetjenesten kan samhandle bedre for å gi våre skrøpeligste gamle et godt tilbud ved sykdom. Det er mye spennende som skjer innen feltet av samarbeide mellom første- og andrelinjetjenesten, men det er urovekkende for sykepleiefaget at vi ikke har noen stemme, ingen som presenterer noen av alle de flotte sykepleieprosjektene som utarbeides. Legene derimot blir forespurt om å fortelle om deres fokusområder og hva de tenker om fremtiden. På denne konferansen var det ti innlegg og seks av disse var ved leger, ett ved sykepleier (meg). Det innebærer at vi som deltar får god innsikt i hva mangel på spesialiserte leger kan føre til og hvor viktig forskning er for å skape kunnskap for legene. Vi får liten innsikt i sykepleiernes fokus, men hvem sitter det flest av i salen? Etter en kvikk titt på deltakerlisten er det tre ganger så mange sykepleiere som leger i salen. Er det akseptabelt for sykepleiere at vi skal ta imot legenes fremstilling av verden og rette oss etter den?

• Hva er de nesten 100 000 kronene jeg har GITT til sykepleierforbundet gjennom min «karriere» brukt til, og hvilke goder har det gitt meg?

Det er mye jeg kunne brukt de pengene til, for eksempel pensjonssparing.

Jeg har ikke funnet en eneste interessant artikkel eller stilling i bladet de siste årene, så det blir mye papirsøppel.

Gi meg noen holdbare grunner til at jeg skal fortsette å være medlem, og sett ned de utrolig «saftige» prisene dere har på medlemskap, så kan jeg vurdere om jeg skal følge dere videre. Jeg synes nemlig ikke at forbundet engang oppmuntrer og leder meg videre på veien som sykepleier. Jeg har dessverre svært liten yrkesstolthet.

Tror jeg melder meg ut, skifter jobb og storkoser meg for de ekstra pengene jeg sparer hver måned, eller?

Hilsen desillusjonert sykepleier

Hvis sykepleiere ønsker å finne frem til gode løsninger for sykepleietjenesten, må vi som faggruppe frem i det offentlige rom og presentere vårt fokus.

Pleiebelastningen i kommunen øker og pasientbildet er atskillig mer komplisert enn for få år siden. Ufaglærte arbeideres plass blir mindre, noe som gjør at det må fylles med flere helsefaglærte stillinger. I dag er det vanskelig å rekruttere nyutdannede sykepleiere til arbeid i kommunene, de tør ikke være alene om avgjørelser.

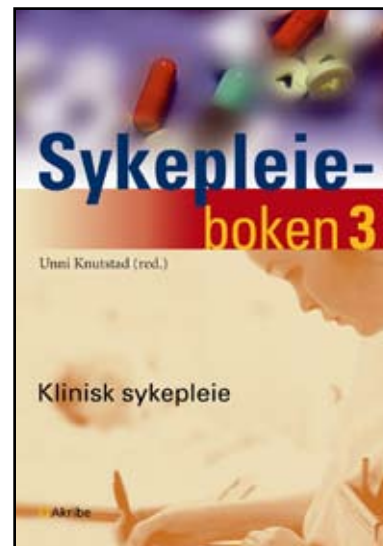
Hvis vi ikke får faglig oppjusteringer i kommunehelsetjenesten vil dette problemet vedvare. Hvordan skal vi som gruppe fremme bruk av kvalitetsindikatorer som forebygging gjennom systematisk fokus på ernæring, som smertelindring gjennom systematisk bruk av smerteskala, som sår gjennom klassifikasjonsindikatorer, når vi lever på hver vår tue?

Siri Meyer Lindholm, nestleder for Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for geriatri og demens

# Kommer 28. mai!

## Sykepleieboken 3 Klinisk sykepleie

Unni Knutstad (red.)



**Sykepleieboken 3 beskriver klinisk sykepleie til pasienter som møter sykdom lidelse og død.**

Boken:

- har et utvidet perspektiv på spesialisthelsetjenesten
- beskriver hele pasientforløpet fra innleggelse til planlagt utskrivelse og rehabilitering
- har fylldige pasienthistorier
- er organisert etter organsystemene
- beskriver sykepleien til utvalgte sykdommer
- fokuserer på prinsipiell sykepleiekunnskap
- gir rom for høgskolene til å velge forskningsartikler som går i dybden
- er oppdatert på den nyeste forskningen
- angir aktuelle nettadresser og har rikholdige referanselister

ISBN 978-82-7950-086-5

Bok ib. 792 sider

Pris kr. 950,-

 **Akribe**

[www.akribe.no](http://www.akribe.no)

## Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



### 1 Hva er riktig?

- A: Helsedirektoratet
- B: Sosial- og helsedirektoratet
- C: Helse- og sosialdirektoratet

### 2 Hvem er helsedirektør?

- A: Jan E. Hansen
- B: Lars E. Hanssen
- C: Bjarne Håkon Hanssen

### 3 Og hva er han sjef for?

- A: Helsevesenet
- B: Helsedepartementet
- C: Helsetilsynet

### 4 Hva er uremi?

- A: Urinforgiftning
- B: Blod i urin
- C: Vridd urinrør

### 5 Hva er noe som er antifungalt?

- A: Det fungerer ikke
- B: Soppmotvirkende
- C: Det motsatte av fundamentalt

### 6 Hva er MSIS?

- A: Metodebok for sykepleie i sykehus
- B: Meldingssystem for smittsomme sykdommer
- C: Meldingssystem for informasjonssystemsvikt

### 7 Hva forårsaker svømmerkløe?

- A: Blodikterlarver
- B: Langvarig bading
- C: Spriking med tær

### 8 Hva er bilirubin?

- A: Det som farger blodet rødt
- B: Smykkesten
- C: Gallefargestoff

### 9 Hva er bursitt?

- A: Betennelse i slimpose
- B: Senskader av å sitte i bur
- C: Slør

### 10 Hvor mange studiepoeng gir bachelor i sykepleie?

- A: 60
- B: 180
- C: Ingen

😊 **10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

😊 **6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)



I fare for å utvikle svømmerkløe?

Foto: Colourbox.

#### C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52  
T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Pasmores det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erythrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20T: 31h). Sist endret: 01.12.2007

#### Referanser:

1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

SVAR: 1A Helsedirektoratet, 2B Lars E. Hanssen, 3C Helsetilsynet, 4A Urinforgiftning, 5B Soppmotvirkende, 6B Meldingssystem for smittsomme sykdommer, 7A Blodikterlarver, 8C Gallefargestoff, 9A Betennelse i slimpose, 10B 180



Stavanger Sykehus år 1900.

## Nytt sykehus til 228 000 kroner

Det var en stor begivenhet da Stavanger Sykehus ble tatt i bruk sommeren 1897. De nye bygningene avløste byens første offentlige sykehus, kjent som «Den kombinerte indretning». Denne institusjonen, som var bygget i 1845, hadde etter hvert kommet i vanry. Her var pasienter med ulike psykiske og medisinske lidelser – og friske men fattige mennesker – «stuet» sammen.

I en serie artikler i «Stavanger Avis» i 1889 «hudflettet» redaktør Alexander L. Kielland de uverdige

forholdene i «indretningen», noe som i stor grad medvirket til å få den nedlagt få år senere.

I april 1891 foreslo overlege Emil Lange å bygge et nytt sykehus som kunne betjene byens over 20 000 innbyggere. Byens politikere handlet raskt. Allerede en måned senere var en kommunal tomt klar til formålet, og bystyret i Stavanger bevilget 200 000 kroner til prosjektet. Det skulle omfatte sykehus og epidemilasarrett med tilhørende bygninger.

Stavanger Sykehus fremsto som et av landets mest moderne syke-

hus ved åpningen 25. august 1897. Nytt utstyr og de for datidens beste hjelpemidler sto klar for behandling av pasientene. Prislappen ble på 228 000 kroner.

Sykehusets hovedbygning hadde 81 sengeplasser, en epidemioavdeling i trebrakker med 20 sengeplasser og en mursteinsbygning som ble benyttet til internering av pasienter. Det var også oppført en større murbygning som inneholdt kjøkken, vaskeri, kontorer, og portner- og forvalterbolig.

I årene som fulgte kom flere

utvidelser og påbygninger. Og i 1916 gjennomgikk Stavanger Sykehus en omfattende ombygging og modernisering. Da rehabiliteringen var avsluttet, framstod sykehuset igjen «som et av landets vakreste og best velutstyrte sykehus».

Det daglige antallet innlagte pasienter var på dette tidspunkt i snitt 122.

Jubileumsboken «Stavanger 1814-1914.» Utgitt i Stavanger 1914.

## CHAMPIX «Pfizer»

Røykeavenningspreparat.

ATC-nr.: N07B A03

**TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg og 1 mg:** Hver tablett inneholder: Vareniklin 0,5 mg, resp. 1 mg. Fargestoff: 0,5 mg: Titandioksid (E 171). 1 mg: Indigokarmin aluminiumlake (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Røykeavvenning hos voksne.

**Dosering:** Dag 1-3: 0,5 mg 1 gang daglig. Dag 4-7: 0,5 mg 2 ganger daglig. Fra dag 8 til behandlingsslutt: 1 mg 2 ganger daglig. Pasienten bør fastsette en dato for røykeslutt. Dosering bør igangsettes 1-2 uker før denne dato. Pasienter som ikke tolererer bivirkningene kan midlertidig eller permanent få redusert dosen til 0,5 mg 2 ganger daglig. Bør svelges hele med vann. Tas med eller uten mat. 12 ukers behandling anbefales. For pasienter som har klart å slutte å røyke etter 12 uker, kan tilleggsbehandling på ytterligere 12 uker med 1 mg 2 ganger daglig vurderes. Ved høy risiko for tilbakefall kan gradvis dosereduksjon vurderes. Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon kan dosen reduseres til 1 mg 1 gang daglig, dersom bivirkninger ikke tolereres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: 0,5 mg 1 gang daglig de første 3 dager, deretter 1 mg 1 gang daglig. Anbefales ikke til pasienter med nyresykdom i siste stadium. Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Bør ikke brukes til barn eller ungdom <18 år.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for vareniklin eller noen av hjelpestoffene. Forsiktighetsregler: Fysiologiske endringer som resultat av røykeavvenning, med eller uten vareniklinbehandling, kan endre farmakokinetikken eller farmakodynamikken til enkelte legemidler, og gjøre det nødvendig med dosejustering (gjelder f.eks. teofyllin, warfarin og insulin). Røykeavvenning kan resultere i økte plasmakoncentrasjoner av CYP 1A2-substrater. Røykeavvenning med eller uten farmakoterapi, er assosiert med forverring av underliggende psykiatrisk sykdom (f.eks. depresjon). Varsomhet bør utvises ved psykiatrisk sykdom i anamnesen. Nedstemthet kan opplevs ved nikotinavvenning. Hos pasienter som forsøker å slutte å røyke er det sett symptomer på depresjon, men sjelden med selvmordstanker og selvmordsforsøk. Dette er også sett ved forsøk på røykeavvenning med Champix. Behandlerne lege bør være oppmerksom på en eventuell utvikling av depressive symptomer hos pasienter som behandles for røykeavvenning og pasienten bør rettleides deretter. Ingen klinisk erfaring hos pasienter med epilepsi. Sponering ved behandlingsslutt har vist økt irritabilitet, røykesug, depresjon og/eller søvnløshet. Vareniklin kan forårsake svimmelhet og døsighet, og påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Forsiktighet må utvises.

**Interaksjoner:** Ingen kjente legemiddelinteraksjoner av klinisk betydning. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør samtidig bruk av cimetidin unngås.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ved amming må fordelene avveies mot potensiell risiko for barnet.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré, abdominal distensjon, ubehag i magen, dyspepsi, flatulens, munntørhet. Metabolske: Økt appetitt. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, svimmelhet, nedsatt smakssans. Psykiske: Unormale drømmer, søvnløshet. Øvrige: Tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Blodig oppkast, blodig avføring, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, abdominalsmerte, endret tarmfunksjon, unormal avføring, luftoppstøt, aftøs stomatitt, tannkjøttmerter, belegg på tungen. Hud: Generelle utslett, erytem, kløe, akne, hyperhidrose, nattesvette. Hørsel: Tinnitus. Luftveier: Dyspné, hoste, heshet, hals- og strupesmerter, halsirritasjon, tett luftrør, tette bihuler, dryppende nese, snue, snorking, bronkitt, nasofaryngitt, sinusitt. Metabolske: Anoreksi, nedsatt appetitt, sterk tørste. Muskel-skjelettsystemet: Leddstivhet, muskelkramper, smerter i brystveggen, costokondriitt. Neurologiske: Tremor, unormal koordinasjon, dysartri, hypertoni, rastløshet, dysfori, hypoestesi, nedsatt smaksopplevelse, letargi, forhøyet libido, nedsatt libido. Psykiske: Panikkreaksjon, bradyfreni, unormal tankeemner, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, palpitasjoner, forhøyet blodtrykk, ST-segmentdepresjon og redusert T-bølgeamplitude ved EKG, forhøyet hjerterytme. Syn: Skotom, skleral misfarging, øyesmerter, mydriasis, fotofobi, myopi, forhøyet tåreproduksjon. Urogenitale: Glukosuri, nokturni, polyuri, menoragi, vaginal utflod, seksuell dysfunksjon, unormal sæd. Øvrige: Ubegag i brystet, brystmerter, feber, kuldefølelse, asteni, døgnrytmeforstyrrelser, generell sykdomsfølelse, cyste, soppinfeksjon, virusinfeksjon, vektøkning. Etter markedsføring er det rapportert tilfeller av myokardinfarkt, depresjon og selvmordstanker hos pasienter som tar vareniklin. Laboratorieverdier: Unormale leverfunksjonstester, nedsatt antall blodplater, forhøyet C-reaktivt protein, nedsatt blodkalsium.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering før markedsføring. Behandling: Støttende behandling. Ved nyresykdom i siste stadium kan vareniklin fjernes ved dialyse. Ingen erfaring med dialyse etter overdose.

**Egenskaper:** Klassifisering: Middell ved nikotinavhengighet. Virkningsmekanisme: Vareniklin bindes med høy affinitet og selektivitet ved neurale nikotin- $\alpha$ 4 $\beta$ 2-acetylkolinreseptorer, og virker som partiell agonist. Nikotin konkurrerer om det samme bindingsstedet. Vareniklin har høyere affinitet til reseptorene enn nikotin, og kan derfor effektivt blokkere nikotins evne til fullt ut å aktivere  $\alpha$ 4 $\beta$ 2-reseptorer og det mesolimbiske dopaminsystemet. Vareniklin gir tilstrekkelig stimulering til å lindrerøyketrang og avenningsproblemer (agonistaktivitet), samtidig som den fører til reduksjon av belønnings- og forsterknings-effektene ved røyking ved å hindre nikotin i å binde seg til  $\alpha$ 4 $\beta$ 2-reseptorer (antagonistaktivitet). Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon etter 3-4 timer. Absorpsjonen er så å si fullstendig. Høy systemisk biotilgjengelighet, som er upåvirket av mat eller doseringstidspunkt. Proteinbinding: Lav (>20%), uavhengig av alder og nyrefunksjon. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum: 415 liter. Halveringstid: Ca. 24 timer. 4 dager til «steady state» ved gjentatt dosering. Eliminering i nyrene skjer hovedsakelig gjennom glomerulusfiltrasjon sammen med aktiv tubulær sekresjon. Metabolsme: Minimal metabolisme. Utskillelse: 92% utskilles uforandret i urin og <10% skilles ut som metabolitter.

**Pakninger og priser:** 0,5 mg/1 mg: Enpac: Startpakning: 11 tabl. 0,5 mg + 14 tabl. 1 mg kr 369,20. 0,5 mg: 56 stk. kr 776,00. 1 mg: Enpac: 28 stk. kr 405,20. 56 stk. kr 776,00. 112 stk. kr 1517,60. **Sist endret:** 11.04.2008

Ref.nr.: 0322-2008



Pfizer  
Partner for bedre helser™

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

## Cialis Lilly ICOS

Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E08

**TABLETTER,** filmdrasjerte 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 10 mg, resp. 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner. **Dosering:** Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tablett 20 mg forsøkes. Tabletten kan tas med eller uten mat. Preparatet kan tas minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Maks. dosering er 1 gang daglig. Daglig bruk frarådes sterkt da sikkerhet ved langtidsbruk ikke er klarlagt, og også fordi effekten av tadalafil vanligvis varer lenger enn en dag. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Nedsatt leverfunksjon: Anbefalt dose er 10 mg tatt for forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av fordeler og risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg, se forøvrigt Forsiktighetsregler. Eldre eller diabetikere: Dosejustering er ikke påkrevd. Barn og ungdom: Bør ikke brukes av personer over 18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tadalafil eller noen av hjelpestoffene, kan forsterke den blodtrykkssenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte-problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse/hjertelidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmi, hypotensjon (<90/50 mmHg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder.

**Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. Flesteparten av disse pasientene hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, til seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Det anbefales ikke bruk av PDE5-hemmere til pasienter som tidligere har erfart episoder med non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION). Det foreligger begrenset sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), og en grundig individuell evaluering av fordeler og risiko bør utføres før ev. forskrivning. Pasienter som får ereksjon som varer i 4 timer eller mer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med varsomhet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernes fibrose eller Peyronis sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Det er ikke kjent om tadalafil har effekt hos pasienter med ryggmargsskader og pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostektomi. Bør ikke brukes hos pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, lappisk laktasemangel eller glukose/galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av  $\alpha$ 1-blokkere som doxazosin kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte pasienter. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og slike kombinasjoner anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafilis (10 mg) AUC og øker  $C_{max}$  med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafilis (20 mg) AUC og øker  $C_{max}$  med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafilis AUC uten endringer i  $C_{max}$ . Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakinavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-induserer, rifampicin, reduserer tadalafilis AUC med 88%. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-induserer som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Effekter av tadalafil på andre legemidler: Tadalafil forsterker den hypotensive effekt av nitrater. Interaksjonen varer i mer enn 24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Dersom en pasient som har fått tadalafil trenger livreddende behandling med nitrater, bør det derfor ha gått minst 48 timer før nitratbehandlingen igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil er vist å øke oral biotilgjengelighet av etinylestradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av butalatin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil er brukt samtidig med warfarin, acetylsalisylsyre, angiotensin II reseptorblokkere og amlodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiva. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiva synes det som endringer målt ved ambulatorisk blodtrykksmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal gis til pasienter når de behandles med antihypertensiva. Ved samtidig bruk av doxazosin (8 mg) er det sett en forsterkning av den blodtrykkreduserende effekten av doxazosin. Denne effekten er fremdeles tilstede 12 timer etter dosering og er vanligvis forsvunnet etter 24 timer. Kombinering med alfablokkere er derfor ikke anbefalt. Er brukt sammen med tamsulosin (selektiv  $\alpha$ 1A-blokker) uten blodtrykkssendringer forårsaket av tamsulosin. Det er ikke kjent om resultatet kan overføres til andre  $\alpha$ 1A-blokkere. Tadalafil er brukt samtidig med alkohol (0,08% uten endringer i alkohol- eller tadalafil-konsentrasjonen. Tadalafil forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdose (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det er ikke utført studier på gravide kvinner. Det er ikke funnet holddepunkter for teratogenisitet, embryotoksisitet eller fostertoksisitet i rotter eller mus som ble gitt opp til 1000 mg/kg/dag.

**Bivirkninger:** Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter over 75 år er begrenset. Mest vanlig (>1/10) er hodepine og dyspepsi. Hyppige (>1/100): Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter, myalgi. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Rødme. Mindre hyppige: Hovne øyelokk (beskrevet som øyesmerter), konjunktival hyperemi. Svært sjelden: Gastrointestinale: Mavesmerter og gastroøsofageal refluks. Hud: Hyperhidrose. Sirkulatoriske: Alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkludert myokardinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag, transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi. De fleste av pasientene som opplevde noe av dette hadde allerede eksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. Hypotensjon (hyppigere rapportert når tadalafil ble gitt til pasienter som allerede brukte antihypertensiva), hypertensjon og synkope. Syn: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uklart syn, synsfeltforandring, retinal vasculær okklusjon. Urogenitale: Priapisme og forlenget ereksjon. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, ansiktsdemer, Stevens-Johnsons syndrom og eksfoliativ dermatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er gitt enkeltidser på opptil 500 mg til friske, og multiple daglige doser på opptil 100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarer dem som ble sett ved lavere doser. Behandling: Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafileliminering. ose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var  $C_{max}$  41% høyere enn hos friske. **Pakninger og priser:** 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 361,00, 8 stk. kr 687,70, 12 stk. kr 1014,30. **Sist endret:** 03.04.2006

Eli Lilly Norge A.S. Grenseveien 99, 0601 Oslo, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo, telefon 22 88 18 00, telefaks 22 88 18 59, e-post: kundeservice@lilly.no, www.lilly.no



# Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

## Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

## Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

### Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender** og **legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs** og **kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleierens lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



**Gratis**  
ved 1 verving

**Klokke**  
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.  
Verdi 590,-



**iPod nano**  
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.  
Verdi: kr 1.290,-



**Stelton termokanne**  
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhandsbetjent med vippepropp.  
Verdi 890,-

**Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer**

## VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame  Herre  Jeg sparer vervingen  Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

<b>Ververs navn:</b>	<b>Verterens medlemsnr.:</b>
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Afdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



**Norsk Sykepleierforbund**  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



# Hovedtariffoppgjøret i helseforetakene

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Spekter ble 9. mai enige i de sentrale tarifforhandlingene for statlig eide helseforetak. Inntil 25 000 kroner økning i minstelønnsnivåene og økt uttelling for kvelds- og nattarbeid er viktige elementer for NSFs medlemmer.

– Resultatet innebærer at ingen sykepleiere i helseforetak tjener under 300 000 kroner, og dette har vært et viktig mål for NSF, slår forbundsleder Lisbeth Normann fast.

De sentrale tilleggene får

virkning fra 1.7.2008. Forhandlingene fortsetter nå lokalt i det enkelte helseforetak.

#### Nye minstelønnsnivåer

Slik ser de nye minstelønnsnivåene ut:

ANSIENNETET	0 ÅR	4 ÅR	8 ÅR	10 ÅR
Sykepleier	300 000	308 000	320 000	345 000
Spesialsykepleier/jordmor	325 000	335 000	350 000	380 000



Alle medlemmer er gjennom den sentrale enigheten sikret å få lønnsstillegg.

#### Bedre betalte netter

Minstesatsene for arbeid på kveld og natt blir justert opp. For sykepleiere som jobber etter skift eller turnusplan betales tillegg per time for arbeid mellom klokken 17:00 og 07:00. Tidsrommet som omfattes av kvelds- og nattillegg er dermed forlenget én time, ved at nattillegget også gis for timen mellom 06:00 og 07:00.

Mens den sentrale minstesatsen for kvelds- og nattillegg tidligere gikk opp til 52 kroner, er de nye satsene i spennet 54 til 70 kroner per time:

GRUNNLØNN	TILLEGG
300 000 – 309 999	54,-
310 000 – 319 999	54,-
320 000 – 329 999	54,-
330 000 – 339 999	56,-
340 000 – 349 999	58,-
350 000 – 359 999	60,-
360 000 – 369 999	62,-
370 000 – 379 999	64,-
380 000 – 389 999	66,-
390 000 – 399 999	68,-
400 000 eller høyere	70,-

#### Forventninger til lokale tillegg

Forbundsleder i NSF, Lisbeth Normann, har tydelige forventninger til at også de lokale forhandlingene skal gi våre medlemmer et nødvendig lønnsløft:

– Behovet for sykepleiere, jordmødre, spesialsykepleiere og ledere er stort, og vi har tillit til at helseforetakene vil bruke lønn for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse. Dessuten har Likelønnskommisjonen dokumentert at våre medlemmer utsettes for verdsettingsdiskriminering. Vi forventer at dette oppgjøret blir et betydelig bidrag i riktig retning for likelønn, sier Normann.

#### Videre framdrift

– Dette oppgjøret har vært ført i ryddige og konstruktive former mellom de sentrale parter. Vi håper derfor også de lokale parter evner å videreføre det gode samarbeidet vi har lagt grunnlag for, slik at det skapes gode løsninger og prosesser som begge parter kan være fornøyd med også lokalt, sier Normann.

– Men la det være klart at konflikt fortsatt er en mulighet. Unio foretar en endelig vurdering av helheten etter at lokale forhandlinger er sluttført, og det er ikke før vi har akseptert helheten i oppgjøret at vi er i mål, avslutter Normann.

Frist for de lokale forhandlingene er ikke endelig avklart.

# Streikefare fra 23. mai

Meklingsløpet for KS, Staten og Oslo kommune er lagt. For alle tre tariffområdene kan det bli streik fra morgenen 23. mai, og medlemmer oppfordres til å holde seg orientert på nett.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) oppdaterer kontinuerlig tariffsidene, som du finner her:

[www.sykepleierforbundet.no/tariff2008](http://www.sykepleierforbundet.no/tariff2008)

## Streikevarsel i Staten

Unio varslet 8. mai om streik for 1 800 medlemmer i Staten dersom ikke meklingen fører fram. I dette første varselet er det virksomheter i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø som rammes.

Følgende virksomheter rammes av Unios streikeuttak:

Arbeidstilsynet, NAV, Skatteetaten, Havforskningsinstituttet, Fylkesmannen, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Politiet, Arkeologisk museum i Stavanger, høyskolene, Kunnskapsdepartementet, Meteorologisk institutt, NOKUT, Statped, Universitetene, Bioforsk, Veterinærhøgskolen, Veterinærinstituttet og Oljedirektoratet.

Dette er et første uttak. I tilfelle streiken blir en realitet, vil en

opptrapping komme relativt raskt. Hovedsammenslutningene har lagt opp uttaket slik at det i minst mulig grad rammer tredjeperson.

## KS og Oslo

I skrivende stund er det ikke sendt streikevarsel for KS og Oslo. Medlemmer som eventuelt blir tatt ut i streik vil normalt få beskjed om dette fra sine tillitsvalgte fire dager før.

## Færre vil bli sykepleiere

Søkningen til sykepleierutdanningen synker for fjerde år på rad. Det viser ferske tall fra Samordna Opptak. – Høyere lønn, heltidsstillinger til alle som vil og fast ansettelse til nyutdannede er løsningen, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

– Det er svært alvorlig for helsetjenestene og pasientene at færre ønsker sykepleierutdanning. Forklaringen tror jeg ligger i at ungdom er godt orientert om arbeidsmarkedet, og de kjenner til det som møter nyutdannede sykepleiere: Lav lønn, ufrivillig deltid og problemer med å skaffe fast arbeid, sier Normann.

Og det er paradoksalt at nyutdannede sykepleiere møter

arbeidsmarkedet på denne måten, samtidig som 7 av 10 kommuner trenger flere sykepleiere.

– Alt ligger til rette for at sykepleie blir et høystatusyrke. Men det krever arbeidsgivere som bevisst prioriterer oss som en gruppe med avgjørende betydning for å drive morgendagens helsetjeneste og eldreomsorg, sier Normann.

Mens andre arbeidsgivere strek-

ker seg langt for å vinne kampen om morgendagens arbeidskraft, observerer NSF altfor ofte at helsetjenestene sitter passivt og venter på at rekrutteringen skal skje av seg selv.

Det var nesten 8 prosent færre søkere som hadde sykepleie som førstevalg i 2008 enn det var i 2007. På fire år har det blitt hele 2 000 færre primærøkonomer til utdanningen.

## NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/sistenytt](http://www.sykepleierforbundet.no/sistenytt) og les mer.

## Særaldersgrensen bør senkes

Høringsdokumentene om særaldersgrenser fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet dokumenterer sykepleierne behov for en slik ordning. Mange momenter trekker i retning av at sykepleierne aldersgrense bør senkes, påpeker NSF i høringsvar til Unio.

## Går for flercampusmodell

NSF ønsker en strukturendring med flercampusmodell hvor høyere utdanning og forskning etableres i en universitetsstruktur med større enheter. Men nasjonal rammeplan må beholde, skriver NSF i høringsvar til Stjernø-utvalget.

## Forsatt streik

I Danmark har sykepleierne streiket for likelønn i tre uker. I Sverige er streiken inne i sin tredje uke nå. – Ikke dra til Sverige eller Danmark for å jobbe som sykepleier nå, oppfordrer Normann.

## Avtale om etisk rekruttering

Arbeidsgivere og arbeidstakere i sykehus i Europa har signert en avtale om etisk rekruttering av helsepersonell. – Oppløftende, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

## Likelønn

Likelønn og lønnsløft i offentlig sektor – mulighet eller festtale? Les forbundsleder Lisbeth Normanns innlegg på seminar hos Likestillings- og diskrimineringsombudet.

## Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



# Sommer kommer...

Ferietiden nærmer seg med stormskritt. Det utfordrer sykepleierledere i alle deler av helsetjenesten.

**I fjor førte** manglende planlegging og et generelt dårlig bemanningsnivå til et enormt arbeidspress for sykepleierne. Sommeren var preget av ulovlig overtid, dobbeltvakter, ufullstendige turnuser og lemfeldig respekt for de ansattes rett til sammenhengende fe-

rie. Jeg frykter at problemene kan bli minst like store i år.

Sykepleietjenesten er så kronisk underbemannet at den er ute av stand til å gjennomføre en normal sommerferieavvikling. Halvparten av NSF-medlemmene melder om ledige stillinger der de jobber, og enda flere rapporterer om lav grunnbemanning. Når vi hører at 16-17-åringar tilbys sommerjobb på sykehjem, er det grunn til å reagere. Komplekst syke mennesker trenger kompetent helsepersonell – også om sommeren! Unge, uerfarne og umyndige tenåringer kan ikke gi pasientene den tryggheten og sikkerheten de har krav på. En 16-åring har verken kompetanse eller erfaring til å pleie, vurdere eller sørge for at syke, eldre mennesker får riktig og nødvendig helsehjelp.

Jeg velger å advare ledere i helsetjenesten på det sterkeste mot å ty til vikarløsninger der ufaglærte erstatter sykepleiere og annet helsepersonell. Sikkerhetsmessig er dette som å sette «mannen i gata» bak spakene i et passasjerfly. Mens flyselskapene neppe ville vurdert et slikt alternativ, gambler helsetjenesten med å ansette folk som overhodet ikke har tilstrekkelig forutsetninger for å utføre arbeidet på en forsvarlig måte.

Med tanke på at grunnbemanningen av helsepersonell i tillegg er svært marginal, kan jeg ikke se hvordan det faglig sett er mulig å forsvare bruk av ufaglærte i sommerferien. Pasientene er meg bekjent verken friskere eller færre selv om vi skriver juni, juli og august. De har også en like stor lov-pålagt rett til et faglig forsvarlig helsetilbud på sommeren som i resten av året.

Sintef har tidligere dokumentert at pasienter i sykehjem har et meget kompleks

sykdomsbilde og at hele  $\frac{3}{4}$  av pasientene har tre eller flere aktive lidelser som krever behandling og oppfølging. Det sier seg selv at det trengs helsefaglig kompetanse for at disse skal få et sikkert og trygt tilbud.

På bakgrunn av erfaringene med tidligere års ferieavvikling, har NSF vært pådriver for at arbeidsgiverne i helsetjenestene skal begynne planleggingen tidlig. Flere steder er det gjort et godt stykke arbeid for å sikre lovlige og faglig forsvarlige sommerturnuser. Andre må fortsatt legge krevende kabaler for å unngå at ferieavviklingen baseres på uskolerte vikarer eller ulovlig overtid og merarbeid.

I virksomheter der alle andre lovlige muligheter er forsøkt, tilbyr NSF å inngå en særavtale. Denne er en nødløsning som gjør at sykepleiere kan utvide arbeidstiden under ferieavviklingen. Avtalen innebærer at enkeltmedlemmer mot godtgjøring kan jobbe mer fleksibelt for å avhjelpe vanskelige situasjoner. Det er den enkelte kommune eller helseforetak som kan henvende seg til NSF sentralt for å inngå slik særavtale.

Vi håper det kan bidra til en sommerferieavvikling som er lovlig for de ansatte og som samtidig gir pasientene et trygt, sikkert og godt helsetilbud.



ADVARER: Normann advarer ledere i helsetjenesten mot å ty til vikarløsninger der ufaglærte erstatter sykepleiere og annet kvalifisert helsepersonell. Arkivfoto: Stig Weston